وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي
تخصص: علم نفس الصحة

إعداد الطالب:
رشيد رزقي

إشراف الدكتور:
د. وناس أمزيان

لجنة المناقشة:

د. نور الدين جبالي	رئيسا	جامعة باتنة
د. وناس أمزيان	مشرفا ومقررا	جامعة باتنة
د. صلاح الدين تاغليت	عضوا مناقشا	جامعة سطيف
د. بركو مازوز	عضوا مناقشا	جامعة باتنة

السنة الجامعية: 2012/2011

شكر و تقدير

الحمد لله حمدا كثيرا على توفيقه لي في انجاز هذه المذكرة.

أتقدم بجزيل الشكر و التقدير للأستاذ المشرف:

الدكتور أمزيان وناس على كل نصائحه و توجيهاته السديدة طيلة انجاز هذه المذكرة .

كما اشكر جميع أساتذتي الذين أفادوني طيلة السنة النظرية .

كما اشكر جميع من قدم لي المساعدة في إتمام هذا العمل و أخص بالذكر:

عمار ، وحيد ، وردة ، فريدة ، الصالح ، عائشة .

فهـــرس المحتويـــات

الفصل الثالث : الانضباط الصحي

الفصل الرابع : القصور الكلوي

الجانـــب الميداني للدراســـة

الفصل الخامس : منهج و إجراءات الدراسة

الفصل السادس : عرض و مناقشة نتائج الدراسة

فهـــرس الجـــداول :

فهـــرس الأشكـــال:

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وذلك من خلال الإجابة على التساؤل التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

ومنه الإجابة على التساؤلات الجزئية التالية :

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والالتزام بحصص تصفية الدم لدى مرضى القصور الكلوي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- وقد شملت الدراسة عينة قوامها 114 فردا من الجنسين، واعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:
  - مقياس توقعات الفعالية الذاتية العامة لرالف شفارتزر (ralf schwarzer)
  - استبيان الانضباط الصحي من إعداد الطالب .

وقد استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات والفرضيات، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والالتزام بحصص تصفية الدم لدى مرضى القصور الكلوي.
2- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
3- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
4- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

5- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

6- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

كما أسفرت النتائج عن تحقق الفرضية العامة وهذا ما يعني وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

RESUME:

L'étude visait à révéler la relation entre l'auto-efficacité et la compliance thérapeutique chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, et que, en répondant à la question suivante:

- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité et la compliance thérapeutique chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique?

Et pour répondre aux questions partielles suivantes:

- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité et la compliance des séances d'hémodialyse chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique ?
- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité avec le suivi du régime alimentaire chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique?
- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité et en diminuai l'apport en liquide chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique?
- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité et la médication chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique?
- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité et le suivi médical chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique?
- Yat-il une corrélation entre l'auto-efficacité et l'absence d'effort physique chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique?

L'étude a porté sur un échantillon de 114 personnes des deux sexes, l'étude s'est appuyée sur les outils suivants:

- mesure de l'auto-efficacité générale des attentes de: (Ralf Schwarzer).
- questionnaire de la compliance thérapeutique, Ont utilisé des méthodes statistiques appropriées à la nature des questions et des hypothèses, l'étude a abouti à des résultats suivants:

1- il existe une corrélation positive entre l'auto-efficacité et la compliance des séances d'hémodialyse chez les patients atteints d'insuffisance rénale.
2- il existe une corrélation positive entre l'auto-efficacité et le suivi du régime alimentaire chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.
3- il existe une corrélation positive entre l'auto-efficacité et en diminuai l'apport en liquide chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.
4- il existe une corrélation positive entre l'auto-efficacité et la médication chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

5- et une corrélation positive entre l'auto-efficacité et le suivi médical chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

6- et une corrélation positive entre l'auto-efficacité et l'absence d'effort Physique chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

Les résultats ont également produit de vérifier l'hypothèse générale et cela signifie qu'il ya une corrélation positive entre l'auto-efficacité et la compliance thérapeutique chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

الجانــــب النظــري

مقدمـــــة:

لقد ضلت النماذج المفسرة للصحة والمرض أحادية المنحى لسنوات طويلة حيث ركز بعضها على العوامل البيولوجية (النموذج البيو طبي)، إذ يعتبر أصحاب هذا النموذج أن المرض هو نتيجة عوامل خارجية كالميكروبات والفيروسات،أو داخلية نتيجة اضطرابات بيوكيميائية أو فيزيولوجية، في حين ركز البعض الآخر على العوامل النفسية (النموذج السيكوسوماتي)، إذ يرى أصحاب هذا النموذج أن المرض يعود إلى صراعات نفسية معاشة من طرف المريض وتظهر من خلال أمراض سيكوسوماتية، غير أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي احدث وثبة كبيرة في مجال البحث عن فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض، إذ أكد هذا النموذج أن العناصر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية على درجة متساوية من الأهمية في الوظائف والاستجابات الإنسانية، إذ انه ينظر للإنسان على انه نظام حي وفعال من المكونات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كما انه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى.

وقد أفاد هذا النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر عمقا لما يتعرض له الإنسان من أمراض ووسع مجالات التشخيص والعلاج وأصبح الباحثون واعون أكثر بضرورة فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، خاصة في مجال الأمراض المزمنة التي أصبحت تشكل أهم أسباب الوفيات في العالم.

وفي دراستنا هذه الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، سنحاول أن نسلط الضوء على بعد الفعالية الذاتية باعتباره من المتغيرات الأساسية بين الفرد وسلوكه الصحي، فحسب نظرية الفعالية الذاتية لباندورا bandura، فان الصحة لا تحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الفعالية الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الايجابية أي عندما تصبح الفعالية الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد (الانضباط الصحي).

وقد تضمنت هذه الدراسة جانبين ، جانب نظري وجانب تطبيقي :

الجانب النظري: و فيه أربعة فصول على النحو التالي

- الفصل الأول: وتناولنا فيه التعريف بإشكالية البحث و موضوع الدراسة من خلال عرض إشكالية البحث، أهمية و أهداف الدراسة، فرضيات الدراسة، والتعاريف الإجرائية للدراسة و أخيرا الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة .
- الفصل الثاني: تناولنا فيه الفعالية الذاتية من حيث مفهومها و طبيعتها و أبعادها و كذالك مصادرها ومدى تأثير اعتقادات الفرد على فعاليته الذاتية، كما تناولنا مقارنة بين الفعالية الذاتية العالية و الفعالية الذاتية المتدنية و أخيرا دور الفعالية الذاتية في السلوك الصحي .
- الفصل الثالث: في هذا الفصل تناولنا الانضباط الصحي من حيث تعريفه و العوامل المؤثرة فيه و كذلك النماذج النظرية المفسرة لسلوك الانضباط الصحي، ثم طرق قياس الانضباط الصحي .

- الفصل الرابع: وتناولنا فيه مرض القصور الكلوي المزمن وهذا بدءا من تعريف الكلية و تركيبها و بنيتها التشريحية ووظائفها، ثم تعريف القصور الكلوي المزمن وأسباب الإصابة به وكيفية تشخيصه والآثار الناجمة عن الإصابة به ثم طرق علاجه .

أما **الجانب التطبيقي** فقد تضمن فصلين :

- الفصل الخامس: تناولنا فيه إجراءات الدراسة الميدانية والمنهج المتبع (المنهج الوصفي الارتباطي) والدراسة الاستطلاعية، و عينة الدراسة و الأدوات المستخدمة في الدراسة و المتمثلة في استبيان الانضباط الصحي من إعداد الطالب و استبيان الفعالية الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان، و أخيرا الدراسة الأساسية و حدودها المكانية و الزمانية .
- الفصل السادس: و تناولنا فيه عرض نتائج الدراسة و مناقشتها على ضوء الدراسات السابقة و التراث النظري لمتغيرات الدراسة.

  و ختمنا دراستنا بمجموعة من الاقتراحات و أخيرا الخاتمة.

الفصــل الأول

التعريف بالإشكالية و موضوع الدراســة

1- الإشكالية
2- أهمية الدراسة
3- أهداف الدراسة
4- فرضيات الدراسة
5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
6- الدراسات السابقة

1- الإشكاليـــة :

لقد تنبه الإنسان منذ القدم إلى الدور الذي تلعبه عادات الحياة السليمة كتلك التي تتعلق بتنظيم السلوكيات مثل وقت تناول الطعام و النوم و ممارسة النشاط الرياضي و البدني في الصحة الشخصية و تكاد تؤكد الدراسات و البحوث العلمية الحديثة التي تناولت العلاقة بين السلوك والصحة صحة هذه الفرضية القديمة حيث ركز منظرو العلوم الصحية والبيوطبية على دور المتغيرات السلوكية في حدوث الأمراض المزمنة و انتشارها. **(مفتاح محمد عبد العزيز،2010،ص60).**

أما الآن فقد أصبحت الأمراض المزمنة تشكل أهم الأسباب الرئيسية للعجز والوفيات في العالم لاسيما الدول الصناعية، فالأمراض المزمنة تتطور ببطء و يعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة و لا يمكن الشفاء منها في أغلب الأحيان ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه، **(شيلي تايلور،2008 ،ص45)** ومن هذه الأمراض نجد مرض القصور الكلوي المزمن و الذي يؤدي إلى التوقف التام لعمل الكليتين مما يجعل المريض المصاب به أسيرا لآلة تصفية الدم (آلة الغسيل الكلوي) مدى الحياة و هذا ما شد انتباه المختصين والقائمين بالرعاية الصحية لهذه الفئة من المرضى، فتزايد عدد المصابين به يزداد يوم بعد يوم وهذا نتيجة لأمراض المسالك البولية أو لمضاعفات مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

فمرضى القصور الكلوي المزمن كباقي المرضى المزمنين ملزمين بتغيير نمط حياتهم في كثير من السلوكات من أجل تجنب مضاعفات المرض التي قد تؤدي إلى الوفاة في كثير من الأحيان و في أي لحظة خاصة عند عدم امتثال المريض لتعليمات الطبيب وعدم انضباطه بالحمية الغذائية الخاصة به و تغيير سلوك الحياة حسب حالته الصحية، فالمريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن مجبر على القيام بحصص الغسيل الكلوي (تصفية الدم) بمعدل ثلاث مرات في الأسبوع و مدة كل حصة تكون بين ثلاث إلى أربع ساعات، كما أن المريض لابد له من إتباع حمية غذائية خاصة يحددها الطبيب مع ضرورة الإنقاص من شرب الماء و باقي السوائل والانتظام في تناول الأدوية باستمرار وتجنب الأنشطة البدنية التي تسبب الإجهاد و هذا كله من أجل المحافظةعلى الحياة وتجنب المضاعفات الخطيرة للمرض خاصة على القلب.

و هذا ما يطرح أصعب المشاكل التي تواجه المريض و القائم على رعايته الصحية أي الانضباط الصحي من خلال الامتثال لتعليمات الطبيب واتباع الحمية الغذائية المناسبة، لهذا تبقى مشكلة الانضباط الصحي لدى المصابين بالأمراض المزمنة من أكبر المشاكل التي يواجهها القائمين على الصحة إذ تشير المنظمة العالمية للصحة organisation mondiale de la santé (OMS) إلى أن قرابة 50% فقط من المرضى البلدان المتطورة والمزمنين في أقل من هذه النسبة من هؤلاء المرضى في البلدان النامية يلتزمون بعلاجهم **(OMS 2003.p7).**

فعدم الانضباط الصحي لدى المرضى المزمنين بصفة عامة و مرضى القصور الكلوي المزمن بصفة خاصة من أهم المشاكل التي تواجه المعالجين و القائمين على

رعاية هؤلاء المرضى و هذا لكون المرض له جوانب أخرى نفسية و اجتماعية و ليس الجانب البيولوجي فقط و هذا ما توصل إليه الباحثين خاصة في علم نفس الصحة أي النظرة التكاملية أو ما يعرف بالنموذج البيونفسي اجتماعي أي لابد من فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في الصحة والمرض و بتبني هذا النموذج قد نجد تفسيرا لاختلاف مستويات الانضباط الصحي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن هذا الاختلاف يعود إلى عدة عوامل منها ما هو متعلق بالمرض و منها ما هو متعلق ببرنامج العلاج و منها ما هو متعلق بالمريض في حد ذاته أي العوامل الشخصية، و من بين هذه العوامل إدراك المرض و تصوره لدى المريض و كذلك المعتقدات التي يكونها المريض حول مرضه و مدى قدرته على تحقيق مستويات عالية من الانضباط الصحي و بذلك يتجنب حدوث المضاعفات السلبية للمرض أضف إلى ذلك شعور المريض بأنه قادر على القيام بسلوكات معينة مثل الخضوع لنظام حمية غذائية خاصة والإنقاص من شرب الماء و باقي السوائل مما يعني انضباطه الصحي الجيد، هذه الاعتقادات لدى المريض مرتبطة بفعالية الذات حسب "باندورا" و التي لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد و استعدادهم لبذل أكبر جهد في التعامل مع الصعوبات و مواجهتها.

إذ يعد الاعتقاد بالفعالية الذاتية من المحددات الاساسية للانضباط الصحي لدى المرضى المزمنين، فتوقع السيطرة على الصحة المقترن بالمعرفة بالعلاج هما من بين العوامل التي يمكن أن تتبئ بالانضباط عند مرضى ضغط الدم و مرضى السك ومرضى الكلى على حد سواء **(شيلي تايلور، 2008،ص 64)**

و مما سبق ذكره يمكن طرح التساؤل التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطيه بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟ وتفرعت عن ذلك التساؤلات التالية:
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية و الالتزام بحصص تصفية الدم "الغسيل الكلوي" لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية و إتباع الحمية الغذائية لدى المصابين لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن؟

2- أهمية الدراسة :

تنطوي أهمية الدراسة على ما يلي :

- أن مرض القصور الكلوي المزمن من الأمراض التي أصبحت في تزايد مستمر في العالم بصفة عامة و الجزائر بصفة خاصة إذ نجد في ولاية باتنة فقط أكثر من 10 مراكز موزعة على تراب الولاية للتكفل بهذه الفئة من المرضى و بالتالي فان الدراسة تكتسي أهمية كبيرة خاصة بإدخالنا للجوانب النفسية والاجتماعية لهذا المرض.
- تدعيم التراث الأدبي في موضوع القصور الكلوي المزمن من أجل إثارة تساؤلات أخرى حول هذا المرض وإيجاد الحلول المناسبة من قبل المختصين، كل حسب اختصاصه.
- شد انتباه المتخصصين في علاج مرضى القصور الكلوي المزمن إلى أهمية العوامل النفسية و ما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكات الصحية التي ترفع من مستويات الانضباط الصحي.

3- أهداف الدراسة :

من خلال دراستنا هذه نهدف إلى ما يلي :

- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدي مرضى القصور الكلوي المزمن و منه:
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية و الالتزام بحصص تصفية الدم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى بمرضى القصور الكلوي المزمن.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى بمرضى القصور الكلوي المزمن.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- الكشف عن العلاقة القائمة بين الفعالية الذاتية و عدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

4- **فرضيات الدراسة** :

- **الفرضية العامة** :

توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- **الفرضيات الجزئية:**

- توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والالتزام بحصص تصفية الدم "الغسيل الكلوي " لدي مرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى بمرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى بمرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى بمرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

5- **التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة** :

1.5- الفعالية الذاتية: تتمثل في معتقدات الأفراد حول قدراتهم على ضبط الأحداث التي تؤثر على حياتهم، و مدى اعتقاد الأفراد و استعدادهم لتطبيق ما لديهم من مهارات معرفية وسلوكية واجتماعية من أجل التعامل مع الصعوبات ومواجهة الأحداث والسيطرة عليها وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس توقعات الفعالية الذاتية العامة (Ralf schwarzer) المترجم والمكيف على البيئة العربية من طرف سامر جميل رضوان.

2.5- الانضباط الصحي: هو درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن من حيث (أخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تغيير سلوك الحياة) من جهة، وإتباع التعليمات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى و يمكن تحديد السلوكات الصحية التي يجب على المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن إتباعها فيما يلي :

- الانضباط بحصص الغسيل الكلوي (تصفية الدم) و إكمالها في الوقت المحدد.
- إتباع الحمية المحددة من طرف الطبيب.
- الإنقاص من شرب الماء و باقي السوائل.
- تناول الأدوية بصفة منتظمة و في أوقاتها المحددة كما يحددها الطبيب.
- الالتزام بالمتابعة الطبية الدورية وباقي الفحوصات المتخصصة عند الضرورة.

- تجنب الإجهاد البدني

3.5- القصور الكلوي المزمن: نعني به العجز التام للكليتين عن أداء وظائفهما الأساسية المتمثلة في تصفية الدم من المواد السامة و طرحها عن طريق البول، إذ نجد المصابين بهذا المرض المزمن يعيشون باقي حياتهم عن طريق حصص تصفية الدم من خلال الهيمودياليز (Hémodialyse).

6- الدراسات السابقة :

في حدود علم الطالب لا توجد دراسات عربية أو أجنبية تناولت موضوع الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن إلا أن هناك عدة دراسات اهتمت بعلاقة الفعالية الذاتية و قضايا الصحة العامة مثل الإقلاع عن التدخين من جهة ومن جهة أخرى هناك دراسات اهتمت بالعوامل والأسباب المؤثرة في الانضباط الصحي سواء لدى المرضى المزمنين أو المرضى المصابين بأمراض حادة ويمكن عرض بعض الدراسات السابقة على النحو التالي :

1-6- دراسة (Champlis et murry 1979) :

في هذه الدراسة قام الباحثان بمعالجة مخبرية لـــ 68 امرأة كن في المتوسط يملكن 31 وزنا زائدا حيث أعطيت كل النساء بلاسيبو (placebo) و أعلمت المتناولات للبلاسيبو أن هذا الدواء يحث عمليات الاستقلاب، و يساهم من خلال ذلك على تخفيض الوزن بصورة غير مباشرة وإلى جانب ذلك قدمت النصائح للسيطرة على الوزن و بعد أسبوعين فقدت النسوة 1.8 رطلا.

و قد تم عند ذلك إعلام نصف النسوة عن حقيقة الدواء و سمعن محاضرة حول ضبط الذات و قد هنئن لأنهن تمكن ظاهريا على أساس قوة إرادتهن من خفض وزنهن وأن الدواء لم يكن له أي تأثير في خفض وزنهن و تمت مواصلة التجربة لمدة أسبوعين آخرين حيث مثلت النساء اللواتي تم الشرح لهن شرط توقع الكفاءة في حين مثلت النساء اللواتي لم يتم إخبارهن إلى تناول الدواء الكاذب و في نهاية التجربة ظهرت فقط لدى النساء اللواتي مثلن إلى شرط توقع الكفاءة نقصان في الوزن، و هذا ما يتوافق مع نظرية الفعالية الذاتية وذلك أن قناعات الضبط تعتبر كواشف لتوقعات النتيجة، وتوقعات النتيجة تعد مكملا ضروريا لتوقعات الفعالية الذاتية. (**رالف شفارتزر، 1994، ص 88**)

6-2- دراسة (Muddle et Al,1995) :

أجرى مادل وآخرون دراسة طولية تناولت العلاقة بين أبعاد فعالية الذات الثلاثة (الصعوبة، التعميم، القدرة):

الصعوبة، ويشير هذا البعد إلى تنظيم المهمة وفق لمستوى الصعوبة، أما التعميم فيقصد به تعميم توقعات فعالية الذات حول موقف معين إلى مواقف أخرى، والقدرة تعني تقدير الفرد لقدراته على تحقيق انجاز أدائي، وقد كانت الدراسة حول الإقلاع عن التدخين وتوصلت نتائجها إلى أن :

- توقعات فعالية الذات في شأن الامتناع عن التدخين، تنبأت بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط والبعيد.
- وتتبأ بعد الصعوبة لمفهوم فعالية الذات بالامتناع عن التدخين على المدى القصير
- بينما تنبأ بعد القدرة للفعالية الذاتية بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل.
- وكان لبعدي التعميم والقدرة للفعالية الذاتية أكبر قوة تنبؤية في شأن الامتناع عن التدخين بعد العلاج على المدى الطويل **(عثمان يخلف، 2001، ص ص102،101)**

6-3- دراسة (Clark et Hodge ,1999):

وهي دراسة حول دور الفعالية الذاتية في إدارة المرض المزمن، إذ قام الباحثان بدراسة على عينة من 570 امرأة مسنة، مصابات بمرض القلب، حيث أسفرت نتائجها على أن فاعلية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية، ومن تلك السلوكيات نذكر على سبيل المثال التزام المريضة بالوصفة الطبية في ما يخص تناول العقاقير وممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة، إدارة الضغوط و إتباع الحمية الغذائية التي ينصح بها الطبيب **(عثمان يخلف،2001،ص115).**

6-4- دراسة (Chteaux et Spitz 2006):

وهي دراسة ارتباطيه بين إدراك المرضى والانضباط الصحي لدى الأطفال المصابين بالربو الشعبي، وقد كان لهذه الدراسة هدفين هما:

- تكييف اختيار إدراك المرض المعدل على عينة من الأطفال المصابين بالربو.
- تقييم مدى تأثير إدراك مرضى الربو وتدخل الأولياء على الانضباط الصحي عند الأطفال المرضى .

وقد كانت عينة الدراسة تتكون من 146 طفل مصاب بمرض الربو تتراوح أعمارهم بين 8 و 12 سنة، و 92 أب للإجابة على اختبار إدراك المرض، وكذا اختبار للانضباط الصحي وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

انه هناك فهم جيد للأطفال حول مرضهم، بالإضافة إلى التحكم والانضباط الصحي بصورة أفضل.

6-5- دراسة (Y.Bezie et al 2006):

وتهدف هذه الدراسة إلى الوقوف على العوامل المختلفة المؤثرة في الانضباط الصحي لدى مرضى السكري 2 .

وقد شملت الدراسة على 94 مريض داخل المستشفى بمصلحة أمراض السكري أعمارهم بين 41 و89 سنة، وقد استخدم الباحث استبيان الانضباط الصحي على العينة وكانت النتائج كالتالي:

- نسبة عدم الانضباط الصحي مرتفعة.
- (33)مريض لا يحترمون أوقات ومقادير الدواء.
- المرضى الغير منضبطين صحيا من فئة الشباب وذو مستوى اقتصادي ضعيف.

ووجد الباحث بأن عدم الانضباط الصحي يأتي من نقص التربية والتثقيف الصحي لمرض السكري.**(Y.Bezie ,2006,p611)**

6-6- دراسة (Sidy [med] Seck et al 2008):

وكانت هذه الدراسة حول الانضباط الصحي عند المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن والغير خاضعين لتصفية الدم بصحراء إفريقيا.

هدفت الدراسة إلى تقييم الانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض الكلى المزمن والغير خاضعين للتصفية من جهة ومن جهة أخرى التعرف على أهم الأسباب التي تحول دون انضباطهم الصحي

وشملت عينة الدراسة على 124 مريض وكانت الدراسة تتبعية خلال 3 أشهر وقد تم حساب نسبة الانضباط الصحي بالنسب المئوية لمقدار الأدوية المتناولة خلال أربعة أسابيع ، ثم استعمال استبيان لقياس الانضباط الصحي، بالإضافة إلى استخدام عينة شاهدة (لديها انضباط صحي جيد)

وكانت النتائج كما يلي :

- نسبة الانضباط الصحي منخفضة.
- العوامل التي تحول دون الانضباط الصحي هي: التعقيد في استعمال مقادير الدواء، النسيان، عدم الوعي بالنظام الصحي، قلة المعلومات، مضاعفات المرض، استعمال العلاجات البديلة ، بالإضافة إلى السعر الباهظ للدواء.

7-6- دراسة الطالبة زناد دليلة 2008:

وهي دراسة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي بعنوان "سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم، اعتمدت فيها الطالبة الباحثة على المنهج العيادي من خلال 30 حالة بالجزائر العاصمة، وقد كان التساؤل الأساسي للدراسة هو :

- إلى ماذا يعود سلوك عدم الملائمة ؟ أو لماذا هناك البعض من المرضى الخاضعين لتصفية الدم لا يستجيبون للتعليمات الطبية ؟

وقد خلصت الدراسة إلى ما يلي :

- يعود سلوك عدم الملائمة إلى الإدراك المشوه للمرض لدى مرضى العجز الكلوي المزمن.
- انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرض .
- سلوك عدم الملائمة يعود إلى خصائص الشخصية وأبعادها.

الفصـــل الثانــــي

الفعاليـــــة الذاتيـــــة

-تمهيـــــــد

1- مفهوم الفعالية الذاتية

2- طبيعة وبنية الفعالية الذاتية

3- أبعاد الفعالية الذاتية

4- مصادر الفعالية الذاتية

5- تأثير اعتقادات الفرد على فعاليته الذاتية

6- خصائص الفعالية الذاتية

7- مقارنة بين الفعالية الذاتية العالية والفعالية الذاتية المتدنية

8- الفعالية الذاتية والسلوك الصحي

- خلاصــــــة

تمهيد:

من أكثر المفاهيم النظرية والعلمية أهمية في علم النفس الحديث ذلك الذي وضعه **باندورا** "**bandoura**" تحت اسم فعالية الذاتauto efficacité من خلال نظرية فاعلية الذات la théorie de l'auto efficacité إذ يؤكد باندورا إن معتقدات الفرد عن قدراته لينجز بنجاح سلوكا معينا أو مجموعة من السلوكيات هذه المعتقدات تؤثر على سلوك الفرد وأدائه ومشاعره ويؤكد باندورا إن معتقدات الفرد عن فاعليته تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة سواء المباشرة أو غير المباشرة وتقوم نظرية فاعلية الذات على أساس الأحكام الصادرة من الفرد عن قدرته على القيام بسلوكيات معينة ، والفاعلية الذاتية ليست مجرد مشاعر عامة، ولكنها تقويم من جانب الفرد لذاته عما يستطيع القيام به، ومدى مثابرته والجهد الذي يبذله ومرونته في التفاعل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحديه للصعاب ومقاومته للفشل، وتعد فاعلية الذات من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الأفراد، حيث تمثل مركزا هاما في دافعية الأفراد للقيام بأي عمل أو نشاط، فهي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط التي تعترضه في مراحل حياته المختلفة. **(عواطف صالح، 1993، ص461)**

1- مفهوم الفعالية الذاتية:

1.1- تعريف الفعالية الذاتية:

يعرف باندورا "bandoura" الفعالية الذاتية بأنها اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته وشعور الفرد بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالبا **(زعطوط رمضان، 2005ص، 42)**

أما شفارتزر (schwarzer ,1994) فيرى بان الفعالية الذاتية عبارة عن بعد ثالث في أبعاد الشخصية وتتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصحية التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية **(سامر جميل رضوان 1997،)**

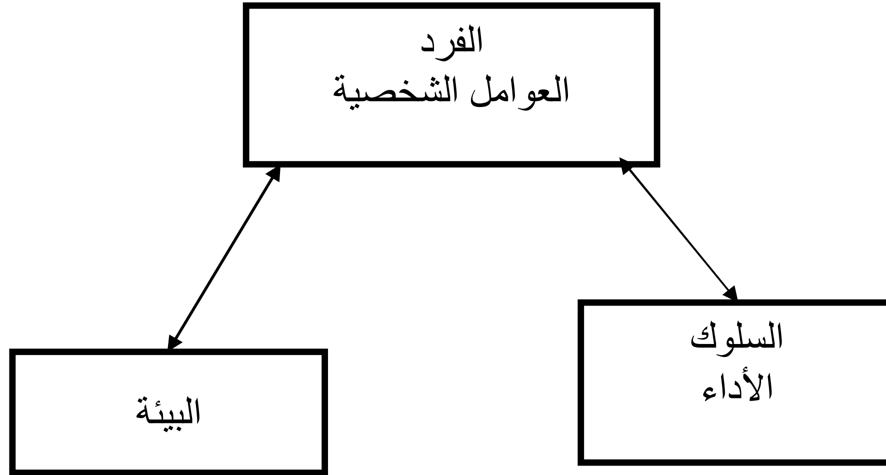
ويعرفها دوفان وواكر (dovan et walker ,1997) بأنها القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب ، ومن ثم التأثير في العمليات ومجريات الأمور"الإحداث التفسير والتطور"

كما تعرف الفعالية الذاتية" على أنها مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكيات معينة ومرونته في هذا التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب ومدى مثابرته للانجاز ، ويتضمن هذا المفهوم الأبعاد التالية: الثقة بالنفس والمقدرة والتحكم في ضغوط الحياة وتجنب المواقف التقليدية والصمود أمام خبرات الفشل والمثابرة على الانجاز **(علاء محمود التطراوي، 2000 ،ص 297)**

إما Egan 1982 فيرى أن الفعالية الذاتية لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتفاعل مع الصعوبات ومواجهتها ومقدار الجهد الذي سيبذلونه (**عبد المنعم احمد الدرديري ،2004، ص 209)**

ويعتبر نموذج فاعلية الذات من المكونات الهامة للنظرية المعرفية الاجتماعية la théorie cognitive social **لباندورا** "bandoura"، والتي افترضت أن سلوك الفرد والبيئة والعوامل الاجتماعية تتداخل بدرجة كبيرة ، فالسلوك الإنساني في ضوء نظرية **باندورا** يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاث مؤثرات هي العوامل الذاتية " الشخصية ،العوامل السلوكية ، والعوامل البيئية " وينظر **باندورا** إلى العلاقة بين تلك العوامل على أنها علاقة تبادلية ثلاثية الاتجاه حيث أطلق عليها التبادلية الثلاثية أو " الحتمية التبادلية " ويعني ذلك أن أساس التعلم المعرفي الاجتماعي عند **باندورا** هو فكرة الحتمية التبادلية (الدائرية)

الشكل التالي يوضح مبدأ الحتمية التبادلية :



الشكل(01) نموذج الحتمية التبادلية

ومما سبق نستخلص ما يلي:

- إن الفعالية الذاتية تتعلق بالادراكات والمعتقدات التي يتصورها الفرد عن فعالية ذاته في الانجاز وتخطي العقبات
- تعتبر الفعالية الذاتية بعد من أبعاد الشخصية
- فعالية الذات تساعد على المثابرة في أداء العمل حتى يتحقق النجاح
- فعالية الذات هي توقع الفرد في قدرته على أداء مهمة محددة ، وبذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته وحسن استخدامها
- من خلال نموذج الحتمية التبادلية فان السلوك الإنساني يتحدد من خلال تفاعل العوامل الشخصية (فعالية الذات) والعوامل السلوكية (الأداء) أو العوامل البيئية مع بعضها البعض بطريقة تبادلية.

2- **طبيعة وبنية الفعالية الذاتية** : الفعالية الذاتية هي مجموعة متمايزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة بـــ:

- الضبط الذاتي لعمليات التفكير
- الدافعية
- الحالات الانفعالية الفسيولوجية **(فتحي محمد الزيات، 2001، ص508)**

ويؤكد باندورا "bandoura" إن فاعلية الذات تعمل على تنظيم وتفعيل السلوك وضبطه من خلال عوامل داخلية أساسية هي : **(مفتاح محمد عبد العزيز ، 2000،ص165)**

1.2- العوامل المعرفية :

إذ من خلال العوامل المعرفية يرى باحثو النظرية المعرفية الاجتماعية أن الشعور والإحساس بفعالية التنظيم الذاتي يؤثر في النشاط المعرفي الذي ينعكس بدوره على تفاعلات الفرد حيث يرقى بها أو يعمل بالعكس على إضعافها ، وعليه فان سلوك الفرد بصفته هادفا تنظمه أراء وأفكار أو تصورات معرفية تشتمل على أهداف واضحة تتضمن خطة مدروسة لتحقيقها لهذا فإن عملية وضع الأهداف الشخصية تتأثر بشكل مباشر بإدراكنا لقدراتنا ، فكلما نما الإحساس بفاعلية الذات كانت الأهداف السلوكية الصحية التي يضعها الناس لأنفسهم عالية ومتقدمة وراقية وكذلك رغباتهم وقدراتهم في تحقيقها أيضا كبير جدا.

2.2- عوامل ذات صلة بالدافعية :

أما عن العوامل ذات صلة بالدافعية فان إدراك فاعلية الذات يؤثر في الجهد الذي يبذله الناس والمثابرة (الجهد) التي يظهرونها في وجه الصعوبات والتحديات التي تعترض طريق حياتهم،فكلما كان الشعور والإحساس بالفعالية الذاتية كبيرا بذلت جهودا كبيرة لتحقيق النجاح وانجاز الأداء ، حيث نجد أن الأفراد الذين يتمتعون أو يتميزون بفاعلية ذاتية عالية هم أكثر مثابرة في أعمالهم وجهودهم وممارستهم لسلوكيات صحية من غيرهم في وجه الصعوبات أو التحديات ، بينما الذين يعانون من ضعف أو انخفاض القدرات والثقة بالذات فهم عرضة للعجز ويستسلمون للتشاؤم واليأس.

3.2- العوامل الانفعالية :

يلاحظ أيضا أن الإحساس بالفاعلية وإدراكها يؤثر كذلك على استجابات الفرد الانفعالية ، حيث يحدد مستوى التوتر أو الاكتئاب الذي قد ينجم جراء تعرض الإنسان لمواقف ضاغطة وصعبة ، فالأفراد الذين لديهم ثقة عالية في قدراتهم في مواجهة وتحدي تهديدات محتملة تجدهم اقل توترا وأكثر ثقة وتركيزا في أدائهم وانجازهم ، الأمر الذي يزيد من قدرتهم وحركتهم على الجد والمثابرة في الأنشطة الصحية ، بينما الذين يعتقدون انه لا قدرة ولا ثقة لهم على إدارة أية تهديدات قد يواجهونها تراهم يعانون من حالات التوتر والقلق والانفعالية الشديدة التي بدورها قد تؤدي إلى سوء التوافق في الحياة .

4.2- عوامل ذات صلة بالاختيار :

من خلال عوامل الاختيار يستطيع الفرد أن يؤثر في مسار حياته ، فالبيئة التي يختارها لنفسيته والبيئة التي يعمل على إحداثها من خلال ممارساته الناجحة أو انجازاته الراقية قد يكون للفاعلية الذاتية دور هام في اختيار النشاط الذي يريد الفرد أن يزاوله ، كما أن الإحساس والشعور بالفاعلية دورا في اختيار البيئة التي يريد الفرد أن

يتفاعل معها ، وبالتالي فان الأشخاص الذين لديهم شعور أو إحساس ضعيف بالفاعلية في شان مواجهة موقف معين في حياتهم قد يعملون بشدة وجد على تجنبه ، ولهذا فان الأفراد الذين تخلو عن التدخين حديثا أو لمدة زمنية غير بعيدة قد يتجنبون مواقف اجتماعية حافلة بسلوك التدخين خوفا من الانتكاس وربما يختارون موقفا يكون لهم فيه قدر كبير من التحكم في شان وتحدي أو مقاومة رغبتهم في ممارسات عادة التدخين. وعليه يتضح مما سبق أن قدرة الفرد على تحقيق أهدافه الوقائية الصحية تتأثر إلى درجة كبيرة بقدرته وثقته في ذاته على اختيار بيئته وممارسته للنشاط الذي يختاره. **(مفتاح محمد عبد العزيز ،2010،ص ص،165،166).**

كما أن التصنيف النظري لتوقعات الفعالية الذاتية يرتبط بنظرية العزو (la théorie de la l'attribution) بصورة وثيقة ، فالفرد الذي لديه فعالية ذاتية في مجال معين ،فهو في الغالب يعزو سبب فشله في هذا المجال إلى عامل الجهد المبذول ، أو أولئك الذين لديهم مستوى فعالية ذات منخفضة فهم في الغالب يعزون فشلهم إلى ضعف قدراتهم الذاتية، ومن ناحية أخرى تعتبر توقعات الفعالية الذاتية ذات أهمية بالنسبة للسيرورات الدافعية وتطور الإرادة في تصرف ما .

كما وضح باندورا "bandoura" إن طبيعة الكفاءة الذاتية تتضمن قدرة إنتاجية تنظم فيها المهارات المعرفية والاجتماعية عبر مسار متكامل من السلوك الملموس للتعامل مع عدد كبير من الأهداف ، وان الاهتمام لا يكون حول المهارة التي يمتلكها الشخص بل على الحكم حول ما يستطيع الفرد فعله من خلال قدرته في التغلب على الصعوبات المتعلقة بأداء أو موقف محدد .

3- <u>أبعاد الفعالية الذاتية</u> : حدد باندورا "bandoura" ثلاث أبعاد تتغير الفعالية الذاتية تبعا لها وهذه الأبعاد هي :

1.3- <u>قدر الفعالية</u> :

وهو يختلف تبعا لطبيعة وصعوبة الموقف، ويتضح قدر الفاعلية عندما تكون المهام مرتبة وفق مستوى الصعوبة ، والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية ويتحدد هذا البعد كما يشير باندورا "**bandoura**" من خلال صعوبة الموقف ، ويظهر هذا القدر بوضوح عندما تكون المهام مرتبة من السهل للصعب لذلك يطلق على هذا البعد مستوى صعوبة المهمة **(غالب بن محمد علي ، 2008، ص85)**

ويؤكد باندورا "bandoura" في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفعالية الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل مستويات الإتقان ، بذل الجهد ، الدقة ، الإنتاجية ، التهديد ، التنظيم الذاتي المطلوب فمن خلال التنظيم الذاتي فان القضية لم تعد أن فردا إما يمكن أن ينجز عملا معينا عن طريق الصدفة ولكن هي أن فردا ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء **(غالب بن محمد علي ، 2008، ص85)**

2.3- العمومية:

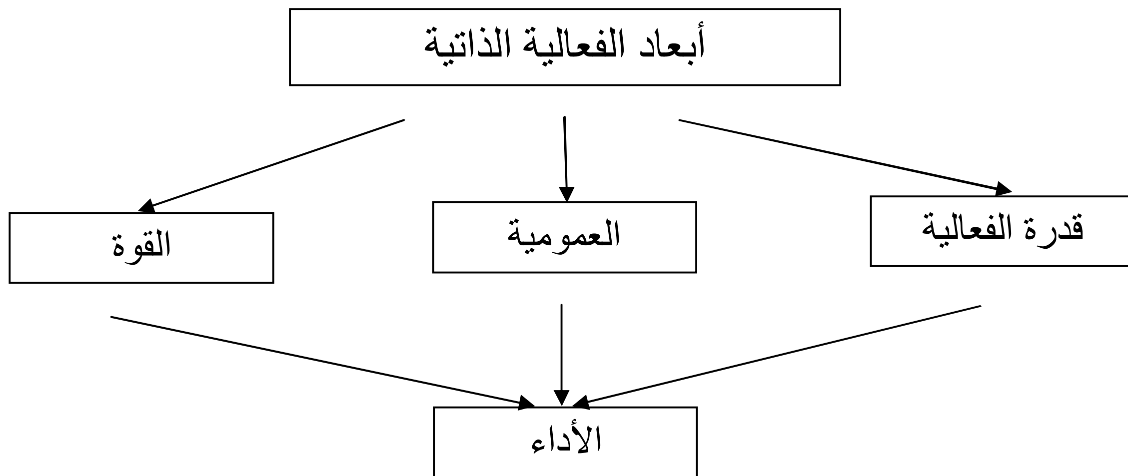
ويشير هذا البعد إلى انتقال فاعلية الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة في نجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة، وفي هذا الصدد يذكر باندورا "bandoura" إن العمومية تتجدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة ، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل : درجة تشابه الأنشطة والطرق التي تعبر بها عن الإمكانيات والقدرات السلوكية ، المعرفية ، والوجدانية ، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف – خصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه **(غالب بن محمد علي ، 2008، ص86)**

3.3- القـــــوة:

إن المعتقدات الضعيفة عن الفاعلية يجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه ويتابعه ، ولكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفاعلية الذات في أنفسهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف ، ولهذا فمن الممكن أن يحصل طالبان على درجات ضعيفة في مادة ما،احدهما أكثر قدرة على مواجهة الموقف وهنا تكون فاعلية الذات لديه مرتفعة ، والآخر لايستطيع مواجهة الموقف، وذلك تكون فاعلية الذات لديه منخفضة، وتتحدد قوة فاعلية الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة ومدى ملائمتها للموقف

ويؤكد باندورا"**bandoura**" إن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اجتياز الأنشطة التي سوف تؤدى بنجاح ، كما يذكر أيضا انه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فان الناس سوف يحكمون على ثقتهم ويمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة **(غالب بن محمد علي ، 2008، ص87)**

والشكل التالي يبين أبعاد الفعالية الذاتية حسب باندورا:



شكل رقم 02 يبين أبعاد الفاعلية الذاتية

4- مصادر الفعالية الذاتية:

إن إحساس الفرد بالفعالية وإدراكها أو معرفتها لا يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا المجال ويرى باندورا "**bandoura**" انه توجد أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الفاعلية الذاتية (**مفتاح محمد عبد العزيز، 2001 ، ص162**) وهي :

1.4- الانجازات الأدائية:

فيما يتعلق بمصدر الإنجازات الأدائية ، يمكن الإحساس به من خلال الأنشطة العادية للإنسان وممارسته اليومية ،وهو أهم مصدر للمعلومات حول الفاعلية الذاتية ، حيث تشكل محاولات الإنسان للأداء الجيد والانجاز والتفوق الأساسي الذي سيبني وينمي إحساس الفرد بالفاعلية الذاتية ويزيد من ثقته وقدرته على ممارسة وأداء السلوك الملائم والمناسب ، بينما إحباطه أو إخفاقه في ممارسة السلوك يصاحبه الشعور باليأس والتشاؤم وإحساس بالعجز وانعدام الثقة في الذات، في مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفاعلية من خلال نشاطهم اليومي ، حيث أن الأفراد الذين تنقصهم القدرة على ممارسة نشاط معين يميلون إلى الشعور بالإحساس بالفاعلية بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منظمة ولبعض الوقت ، والأشخاص الذين يحافظون مثلا على وزن عادي أو سليم لهم القدرة على امتلاك شعور أو إحساس قوي بالفاعلية نظرا لقدرتهم على ممارسة السلوكيات والعادات الغذائية السليمة بصفة مستمرة ، وبالتالي تعتبر الانجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات ذات الصلة بالفاعلية، لأنها تنبع من خبرات الفرد الحقيقية وممارسته الأدائية الناجحة ، وهي بذلك تعتبر من أهم العوامل المؤثرة في فاعلية الذات

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010 ص ص162 ،163) .

ومما سبق ذكره حول الانجازات الأدائية يمكن القول :

- إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى فاعلية الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة والعمل .
- إن الأعمال التي يتم انجازها بنجاح من قبل الفرد معتمدا على نفسه تكون أكثر تأثيرا على فاعلية ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين
- إن الإخفاق المتكرر يؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض الفاعلية وخاصة عندما يعلم الشخص انه قد بذل أفضل ما لديه من جهد ، وبالتالي فان الانجازات الأدائية تمثل أداء الفرد وخبراته السابقة المباشرة وان الأداء الناجح يزيد من فاعلية الذات لدى الفرد بينما الإخفاق المتكرر مع بذل الجهد المناسب يؤدي إلى خفض درجة فاعلية الذات

2.4- النمذجة أو الخبرات البديلة :

ويعني هذا المصدر التعلم بالملاحظة، حيث يميل الفرد إلى ملاحظة غيره من الناس لكي يتعلم أو يستفيد من خبراتهم وانجازاتهم، لان ملاحظة الآخرين وتقليدهم وخاصة النماذج الايجابية منهم يعلمنا مهارات مفيدة وينقل إلينا الشعور والإحساس بالفاعلية على أننا قادرون على تحقيق ممارسات مباشرة ناجحة مثلهم ، وهكذا وحسب مصدر النمذجة، فان الناس يعرفون قدراتهم من خلال مقارنتهم لغيرهم من الناس وأن نجاح الآخرين وخبراتهم الناجحة تعتبر كلها مصدر تنمية للفعالية الذاتية ، فمثلا قد يشعر شخص ما بإحساس متزايد بفاعلية الذات فيما يخص قدرته على مزاولة برنامج نشاط معين على مدى شهور إذا رأى صديقا له يتمتع بإمكانيات مماثلة بأنه قد نجح في ذلك، وفي نفس الوقت فشل الآخرين في الأداء قد يقلل من فعالية الذات بدرجة كبيرة **(مفتاح محمد عبد العزيز،2010ص،163)**

3.4- الإقناع لاجتماعي :

يعد الإقناع الاجتماعي مصدر تأثير هام يعمل على تنمية الفعالية الذاتية حيث يعتمد الناس في هذا الشأن على أراء الآخرين وانطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشان قدرتهم على تحقيق انجازات هامة في حياتهم **(عثمان يخلف،2001،ص 106)**

إذ أن الاعتقادات حول الذات تتأثر بالرسائل التي يحصل عليها الفرد من الآخرين وهذا ما يسمى بالإقناع الاجتماعي ، ويشير هذا المصدر إلى عمليات التشجيع والتدعيم من الآخرين، فالآخرون في بيئة التعلم الاجتماعية (المعلمون، الآباء، الأقران...) يمكنهم إقناع المتعلم لفظيا بقدرته على النجاح في مهام خاصة، ورغم أن هذا المصدر ضعيف المعلومات عن معتقدات الفرد عن فعاليته الذاتية، إلا انه يمكن أن يلعب دورا هاما في تنمية معتقدات فاعلية الذات لدى الفرد، ويمكن أن يؤثر هذا المصدر بصورة غير مباشرة من خلال تأثيره في فاعلية التغذية الراجعة .

إن الإقناع الاجتماعي له دور هام في تقدم الإحساس بالفاعلية الشخصية ويستطيع الفرد أن ينجز بنجاح، وان الأفراد الذين لديهم قدرة على الإقناع الاجتماعي يملكون قدرة خاصة في المواقف الصعبة، كما أن الإقناع الاجتماعي يحدث زيادة في مستوى فاعلية الذات .

4.4– الحالة الفسيولوجية والانفعالية:

تؤثر البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تأثيرا عاما على الفعالية الذاتية للفرد وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية والمعرفية والحسية والعصبية لدى الفرد، وعلى هذا فهناك ثلاث أساليب رئيسية لزيادة أو تفعيل إدراكات الفعالية الذاتية وهي:

- تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية.
- تخفيض مستويات الضغط والنزعات والميول الانفعالية السالبة.
- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعتري الجسم.

كما تؤثر الحالات المزاجية على الانتباه وعلى تفسير الفرد للأحداث وإدراكها وتنظيمها وتخزينها، واسترجاعها من الذاكرة وبصورة عامة تؤثر الحالة المزاجية الانفعالية أو الدافعية على إدراك الفرد لفعاليته وعلى الأحكام التي يصدرها **(فتحي محمد الزيات،2001،ص 517)**

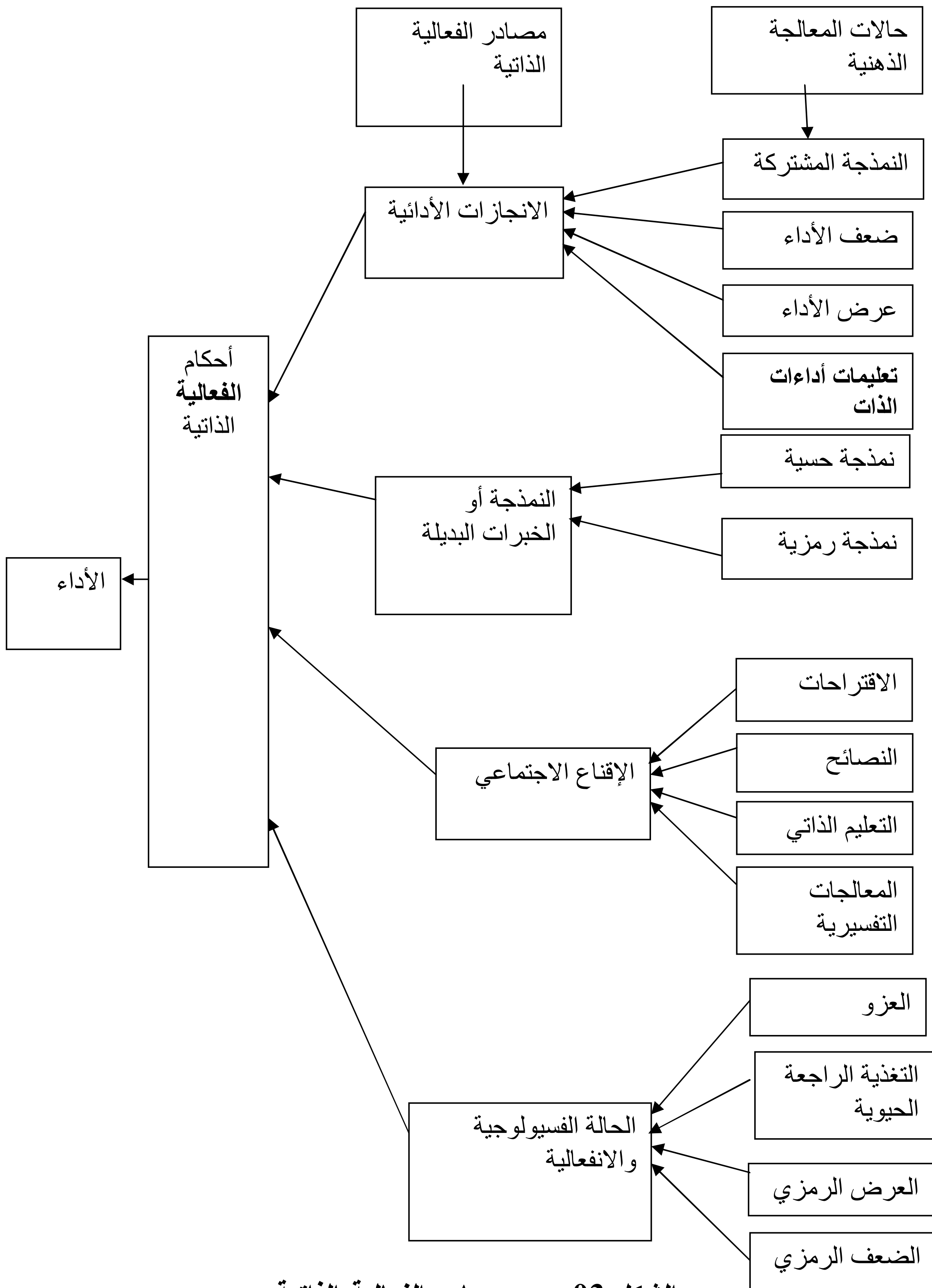
ويمكن من خلال الحالة الفسيولوجية أن يتمكن الناس إلى حد كبير من تحديد ومعرفة مدى ثقتهم وقدرتهم على ممارسة سلوكيات صحية معينة بناءا على مؤشرات فسيولوجية داخلية، فعدم وجود أعراض جانبية بعد تخليه مثلا على عادة التدخين ، بينما وجود حالة التوتر والقلق والاستثارة الانفعالية يعكس إخفاقه أو فشله في مواجهة هذا التغيير ويتجه الفرد إلى سوء التوافق، عكس ذلك نجد أن الأفراد الذين لا تظهر عليهم علامات الاستثارة الفسيولوجية عند تعاملهم أو مواجهتهم لموقف معين لهم إحساس متزايد بالفاعلية على مواجهة ذلك التحدي بنجاح وبالتالي هم أكثر احتمالا من غيرهم على تحقيق النجاح في ممارستهم المختلفة في أساليب الحياة **(مفتاح محمد عبد العزيز،2010، ص 164)**.

وأخيرا يرى **باندورا** 1988 أن :

مصادر الفعالية الذاتية المتمثلة في الانجازات الأدائية ، النمذجة أو الخبرات البديلة ، الإقناع لاجتماعي ، والحالة الفسيولوجية والانفعالية يستخدمها الأفراد في الحكم على مستويات الفعالية الذاتية لديهم ، إذ كلما كانت هذه المصادر موثوق بها ، كلما زاد التغير في إدراك الفرد لذاته كانسان قادر على السيطرة على حل المشكلات ، وهكذا فان المعلومات المبنية على الأداء لاجتماعي الفعلي للفرد من شانها أن تكون أكثر تأثيرا على الفعالية الذاتية من المعلومات القائمة على الإقناع من خلال الطرق الخاصة بالتفسير المنطقي للمشكلات أو المقترحات .

إن هذه المصادر ليست ثابتة دائما ولكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الشخص على قدراته سواء كانت متصلة بالانجازات الأدائية أو الخبرات البديلة أو الإقناع الاجتماعي أو الحالة الفسيولوجية والنفسية ، وان نظرية التعلم الاجتماعي تسلم بان هناك ميكانيزم عام في الإنسان يمكنه تغيير السلوك ، وان الفعالية الذاتية هي أفضل منبئ بالسلوك الشخصي **(محمد أبو هاش،2003،ص 44)**.

والشكل التالي يبين مصادر الفعالية الذاتية:



<u>الشكل 03 يبين مصادر الفعالية الذاتية</u>

5 – تأثير اعتقادات الفرد على فعاليته الذاتية:

يرى باندورا"Bandoura " إن الاعتقادات أو الإدراكات عن الفعالية الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي هي:

1.5– اختيار السلوك:

تؤثر الإدراكات المتعلقة بالفعالية الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه ويبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة والثقة والانجاز ، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك ، وتشير القياسات إلى تكرار العلاقة بين الفعالية الذاتية والنتائج المتوقعة والمعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية ودالة بينها **(فتحي محمد الزيات،2001،ص 504)**.

فالأفراد الذين لديهم إدراكات بقوة الفعالية الذاتية مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم ، يتصرفون ويمارسون في حدود إحساسهم لمستويات فاعلية الذات لديهم ، وريما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة .

والأفراد الذين لديهم إدراكات بانخفاض مستوى الفعالية الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة ، ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس ، والتردد في قبول المهام أو التكليفات والقيام بالمهام التي يملكون بالفعل انجازها، وفي هذا الإطار يستطرد **باندورا** أن الكفاءة تشكل المحدد الأساسي للسلوك ، وهي ذات قيمة تنبؤية به، تفوق نتائجه المتوقعة (أي السلوك) . كما أن قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من المعرفة والمهارة التي يملكها الفرد **(فتحي محمد الزيات،2001،ص 505)**.

وعلى ذلك فان تقييمنا لإمكاناتنا أو قدراتنا الذاتية أو إدراكنا لكفاءة الذات يمثل المحدد الأساسي الذي يحكم المعرفة والمهارات التي نسعى إلى اكتسابها ، وكذا النتائج التي نتوقعها ، ومن ثم فان الفعالية الذاتية هي محدد قوي للاختيارات التي يقوم بها الأفراد.

2.5- كم ومعدل الجهد:

تحدد الاعتقادات عن الفعالية الذاتية كم ومعدل الجهد الذي يبذله الناس، ومدى حرصهم على مواصلة أو مثابرتهم في أداء النشاط المستهدف **(فتحي محمد الزيات،2001 ،ص 505)**.

فالأشخاص الذين لديهم إدراكات عالية بقوة الفاعلية يبذلون جهود اكبر ويحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط والمثابرة.

هذه الوظيفة الإدراكات أو الاعتقادات الكفاءة أو الفاعلية الذاتية للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق ، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى

الفاعلية الذاتية يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء، الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الفعالية الذاتية .

3.5- أنماط التفكير وردود الأفعال:

تحدد اعتقادات أو إدراكات الفرد لفعاليته الذاتية أنماط من التفكير وردود الأفعال الانفعالية ، فقد وجد Cdlins1986 أن الإحساس بقوة الفعالية الذاتية يشكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل ونتيجته،فيميل ذوو الإحساس بقوة الفعالية الذاتية إلى عزو أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته ، وهذا التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح، بينما يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة (**فتحي محمد الزيات ،2001،ص 506**).

4.5- الفرد منتج للسلوك:

يبدو تأثير اعتقاد أو إدراكات الفعالية الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متتبعا به ، ومؤدى هذا الافتراض

- أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء
- أن ضعف الثقة النفس يولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل.

وعلى ذلك فان إدراكاتنا عن الفعالية الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر وكيف نشعر وكيف نسلك أو نتصرف.

والجدير بالاهتمام هنا هو أن اعتقادات أو إدراكات الفرد حول الفعالية الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب ، ولكنه يستخدم هذه الاعتقادات بشكل ايجابي نشط وملموس كي يسلك أو يستجيب من خلالها وهو ما أشار إليه **باندورا** بمفهوم " الحتمية التبادلية" أو التبادلية الحتمية (**فتحي محمد الزيات، 2001، ص 506**).

6- خصائص الفعالية الذاتية:

هناك خصائص عامة للفعالية الذاتية وهي:

- مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات من مستويات الفرد وإمكاناته ومشاعره
- ثقة الفرد في النجاح وأداء عمل ما
- وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أم عقلية أم نفسية ، بالإضافة إلى توافر الدافعية في الموقف.
- توقعات الفرد للأداء في المستقبل
- إنها لا تركز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد ولكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أداؤه مع ما يتوافق لديه من مهارات ، فعالية الذات هي الاعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة

- هي ليست سمة ثابتة ومستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص فقط ، ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع انجازه وأنها نتاج للقدرة الشخصية.
- إن فاعلية الذات تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة
- إن فاعلية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ ، ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكاناته الحقيقية ، فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بفاعلية ذات مرتفعة وتكون إمكاناته قليلة
- تتحدد فاعلية الذات بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف ، كمية الجهد المبذول ، مدى مثابرة الفرد
- إن فاعلية الذات ليست مجرد إدراك وتوقع فقط ، لكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج مرغوب فيها.

وهذه الخصائص يمكن من خلالها إخضاع فاعلية الذات الايجابية للتنمية والتطوير ، وذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية المناسبة **(غالب بن محمد علي ، 2008، ص ص87،86)**

7- <u>مقارنة بين الفعالية الذاتية العالية والمتدنية :</u>

يمكن التمييز بين الفعالية الذاتية العالية والمتدنية من خلال ملاحظة الخصائص المذكورة سابقا، وهذا وفق أربعة عناصر هي:

- العمليات المعرفية
- الدافعية
- العمليات الانفعالية
- عمليات الاختيار

(يوسف قطاعي : 2004ص ص 186،187،188).

- **العمليات المعرفية :**

جدول رقم 01:

يبين العمليات المعرفية للفعالية الذاتية العالية والمتدنية :

الفاعليـــة الذاتيـــة العاليـــة	الفاعليـــة الذاتيـــة المتدنيـــة
1- أهداف واقعية، مفهومة وواضحة وقابلة للتحقق، ويظهر التزاما به.	1- أهداف غير واضحة ومشكك بها
2- يطور حوارات ذاتية ناجحة حول أهدافه	2- يطور حوارات ذاتية فاشلة وخاطئة حول أهدافه
3- يسيطر على الأحداث المؤثرة في حياته وخاصة الغامضة	3- يفشل في السيطرة على الأحداث
4- تفكير تحليلي يساعدهم على تحدي أدائهم لتلبية طموح عالي ، ويواجه العوائق والصعوبات	4- أكثر شكا وشرودا، متدن الطموح والأداء
5- يتخيلون أنهم يحققون أهدافهم	5- يتشككون في إمكانية مواجهة الصعاب والمعيقات عند تحقيق أهدافهم

- **الدافعيـــــة:**

جدول رقم 02 :

يبين الدافعية لكل من الفعالية الذاتية العالية والمتدنية:

الفاعلية الذاتية العالية	الفاعلية الذاتية المتدنية
1- يبذلون جهدا عاليا لتحقيق الأهداف	1- يبذلون جهدا عاليا لتحقيق الأهداف
2- لديهم أفكار عالية عن قدراتهم مما يجعلهم يبذلون جهودا كبيرة	2- لديهم أفكار متدنية عن قدراتهم مما يجعلهم يفشلون
3- مثابرون بدرجة كبيرة	3- مثابرة متدنية
4- مصادر أهدافهم ودافعيتهم داخلية	4- مصادر أهدافهم ودافعيتهم خارجية
5- لديهم قناعة ذاتية بالقدرة ويذل الجهد المناسب	5- يشككون بقدراتهم ويفشلون في بذل الجهد المناسب
6- الدوافع تعمل على تعزيز قدراتهم في مواجهة أهداف صعبة التحقيق	6- يواجهون إحباطا في مواجهة المواقف الصعبة
7- يستفيدون بدرجة عالية من مواقف التدريب الذاتي	7- تدني إمكاناتهم في ممارستهم للتدريب الذاتي

- **العمليات الانفعالية:**

جدول رقم 03 :
يبين العمليات الانفعالية لكل من الفعالية الذاتية العالية والمتدنية:

الفاعلية الذاتية العالية	الفاعلية الذاتية المتدنية
1-يتدربون في السيطرة على التهديدات	1-تدني إمكانات استفادتهم من التدريب
2-تتدني لديهم درجات القلق	2-تزداد لديهم درجات القلق
3-يتدربون على ضبط أنفسهم بدرجة عالية	3-تتدنى إمكانية استفادتهم من درجات ضبط ذاتهم
4-ظروف مناسبة ويمكن السيطرة على متغيراتها	4-البيئة مصدر خطر وتهديد
5-يواجهون الإحباط بفاعلية ويتفوقون على مصادرها	5-يعمل الإحباط على إفساد مستوى أدائه الوظيفي ومعاناته للتهديد
6-يوفر بيئة يسيطر فيها على المخاوف المحيطة	6-يفشل في مواجهة المخاوف البيئية المحيطة
7-يتفاعل مع الآخرين ويتجاوز الصعوبات البيئية	7-يطور عزله بسبب فشله في مواجهة أحداث البيئة
8-يطور استراتيجيات نحو قدرته على السيطرة على الإمكانات البيئية بالثقة بنفسه وضمان مواجهة ما يصادف ، وهو متكيف سوي	8-يطور اضطرابات جسدية مثل الضغط ونقص المناعة وسرعة تطور أعراض المرض بسبب الإحباط وعدم القدرة على السيطرة

- عمليات الاختيار:

جدول رقم 04 :
يبين عمليات الاختيار بين كل من الفعالية الذاتية العالية والمتدنية:

الفاعلية الذاتية العالية	الفاعلية الذاتية المتدنية
1- سلوكه نتاج لتفاعل عملياته الذهنية الداخلية وخصائص المتغيرات البيئية 2- يختار نشاطات مناسبة ويستطيع استثارة قدراته لتحقيق ما بريد . 3- ينجح في مواجهة التحديات ولديه مهارة في الاختيار 4- يختار مهنة مناسبة 5- لديه مدى واسع لاختيار المهنة المناسبة.	1- سلوكه استجابة للمتغيرات البيئية ويصعب عليه مواجهتها. 2- يشعر أن المواقف تتجاوز قدراته 3- يفشل في مواجهة التحديات ويفتقر إلى مهارة الاختيار 4- تضطرب اختياراته المهنية 5- لديه مدى محدود من مجال الاختيار المهني

8- الفعالية الذاتية والسلوك الصحي:

حسب نظرية باندورا"bandoura" 1977 فان الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية ، أي عندما تصبح فاعلية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد وتؤكد هذه النظرية إن أداء السلوك الصحي وممارسته العقلية يتم وفقا لشرطين أساسيين هما:

1.8- توقعات الفاعلية:

خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك" هل اعتقد أنني قادر على أداء السلوك المناسب أو الملائم"

2.8- **توقعات النتيجة:**

خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه ويعني الاعتقاد بان السلوك سيحقق النتائج الايجابية مثلا" هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية **(مفتاح محمد عبد العزيز ،2010،ص 160)**

فمن المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعورا بالفعالية الذاتية ، وهو الاعتقاد بان لدى الفرد القدرة على ضبط ما يقوم به من ممارسات إزاء سلوك محدد ، فاعتقاد المدخنين على سبيل المثال بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة ، مع أنهم يعلمون تماما بان التدخين فيه مجازفة ، وان التوقف عن التدخين أمر محبب ، وقد بينت الأبحاث أن الفعالية الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطريقة متنوعة قد تصل إلى حد الامتناع عن التدخين ، وضبط الوزن واستخدام الواقي الجنسي ، وممارسة التمارين الرياضية ، وتغيير النظام الغذائي... وعدد متنوع أخر من السلوكيات المتعلقة بالصحة التي يؤديها الراشدون الأكبر سنا ، وقد توصلت الأبحاث إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالفعالية الذاتية ، وبين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة وبين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد **(شيلي تايلور، 2008، ص ص 143،146).**

خلاصة :

من خلال ما عرضناه في هذا الفصل حول الفعالية الذاتية يمكن أن نستخلص ما يلي :

- أن الفعالية الذاتية متعلقة بمعتقدات الأفراد حول قدراتهم على القيام بسلوكيات معينة في تحدي المواقف الصعبة و المعقدة.
- لا يكفي استبصار الفرد بإمكاناته وحسن استخدامها فقط في تحدي المواقف الصعبة بل لا بد من توفر قدر من الاستطاعة سواء كانت فيسيولوجية أو عقلية أو نفسية
- الفعالية الذاتية بعد من أبعاد الشخصية .
- تتغير الفعالية الذاتية تبعا لأبعادها الثلاثة : قدر الفعالية ، العمومية ، و القوة
- يوجد ارتباط قوي بين الفعالية الذاتية و ممارسة السلوكات الصحية .

الفصل الثالث

الانضباط الصحي

- تمهيـــــــــــــد :

1- تعريف الانضباط الصحي

1-1- التعريف اللغوي

1-2- التعريف الاصطلاحي

2- العوامل المؤثرة في الانضباط الصحي

2-1- العوامل المتعلقة بالمريض

2-2- العوامل المتعلقة المرض

2-3- العوامل المتعلقة بالسيرورة العلاجية

2-4- العوامل الاجتماعية والاقتصادية

2-5- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض.

3- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الانضباط الصحي.

3-1- نموذج المعتقدات الصحية لــ .Rosenstok

3-2- نموذج مراحل التغيير

3-3- نموذج الانضباط الصحي

3-4- نموذج التمثلات الصحية.

4- قياس الانضباط الصحي

4-1- القياس المباشر للانضباط الصحي.

4-2- القياس غير المباشر للانضباط الصحي.

– خلاصـــــــــة.

- تمهيد :

لقد أدى تزايد عدد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة إلى بروز عدة صعوبات في التكفل الجيد بهم، لكون مرضهم غير قابل للشفاء مما يعني ضرورة تكاثف الجهود بين جميع القائمين على رعاية المريض من الفريق الطبي والمريض، وحتى العائلة من أجل تجنب مضاعفات المرض.

ومن أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى المزمنين بصفة عامة و المصابين بالقصور الكلوي المزمن بصفة خاصة ، عدم الإتباع بصفة جيدة لنصائح الطبيب المعالج وعدم الانضباط بالحمية وتجنب الممنوعات، وهذا ما أصلح عليه علميا بعدم الانضباط الصحي أو العلاجي ، إذ جاء اهتمام الباحثين في الطب وعلم النفس بسلوك الانضباط بعدما لاحظوا الانعكاسات السلبية المصاحبة لهذا السلوك مع المرضى إذ يفسر كعامل خطورة facteur de risque بالنسبة للمريض، مما يعرض للخطر.

ويعتبر سلوك عدم الانضباط العلاجي (الصحي) من أكثر المشاكل شيوعا التي تظهر في أوساط قطاع الصحة والطب، كما يظهر هذا السلوك لدى مختلف الفئات العمرية ومختلف الطبقات لأنه سلوك شائع لدى الأشخاص الراشدين والمسنين.

1- تعريف الانضباط الصحي: la compliance thérapeutique

1-1- التعريف اللغوي:

يعرف قـــاموس New oxford dictionnaire of English، كلمـــة compliance بأنها "حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير".

أما قاموس la Rousse 1990: فإن الكلمة تشير " إلى مدى إتباع تعليمة، عـــادة، سلوك والتقيد بقواعد توجيهية".

أيضا تشير كلمة la compliance إلى الالتزام بوصفة أو بقـــانون أو الامتثـــال لقاعدة سلوكية أو دينية **(Gormie et Karoubi, p 955)**

ونجد في اللغة الأجنبية عددا من مرادفـــات المـــصطلح la compliance مثـــل: .adhérence, fidélité , maintenance, concordance, alliance

أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعاني مقابلة للكلمة منها:

الانضباط، الالتزام، الامتثال، الانصياع، الملائمة، .... وقد اخترنـــا مـــصطلح الانضباط لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركا فيها وحتى لا نقع في السلبية والخضوع، أي أن المريض له دور في العملية العلاجية.

2-1- التعريف الاصطلاحي:

لقد وضع العلماء للانضباط الصحي عدة تعاريف، فمنهم من ركز تناول الأدوية ومنهم من ركز على إتباع التعليمات الطبية، ومنهم من ركز على الحميـــة الغذائيـــة وعلى كل يمكن عرض التعاريف التالية من أجل توضيح الانضباط الصحي أكثر:

- يعرف **(Haynes et al 1979)** الانضباط الصحي على أنه "مدى توافـــق ســـلوك المريض مع التوصيات الصحية المتعلقة بالدواء أو الصحة"
- الانتظام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج وهـــو مفتـــاح نجاح الخطة العلاجية **(Moyle ,1977)**

ويعرف أيضا الانضباط الصحي على أنه:

درجة الانسجام (الموافقة) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية، إتباع الحمية، أو تعديل سلوك الحياة وإتباع الوصفات والتوصيات الطبية.

(Marcelli et Branconnier,2008 p, 634)

- ويرى portick: أن الانضباط الصحي هو السلوك الذي يتبعه المريض من خـــلال تناوله لدوائه بدقة والانضباط الأمثل حسب الشروط المحددة والمفسرة مـــن قبـــل الطبيب، أي الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء مـــن حيـــث الجرعـــات، طـــرق الاستخدام، كمية الدواء، احترام المدى بين الجرعات، شروط التغذيـــة والـــشرب **(portick, 2006)**

كما عرف الانضباط الصحي بأنه" سلوك مكيف وديناميكي مـــن طـــرف المـــريض

للوصول إلى الأهداف العلاجية المسطرة بين المريض وممتهني الصحة وذلك اسـتنادا إلى التآلف بين المريض والمعالج حول الدواء المقـدم لـضمان اسـتمرارية تناولـه" **(scheneider ,2006)**

- أما المنظمة العالمية للـصحة Organisation Mondial de la santé (OMS)، فقـد تبنت التعريف التالي"درجة التوافق بين سلوك الفرد(في أخذ الدواء، إتباع حميـة غذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سـلوكية وإتبـاع والتعليمـات والإرشادات الطبية) " (OMS,2003 p 3)

2- <u>العوامل المؤثرة في الانضباط الصحي</u>:

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة OMS 2003 العوامل المؤثرة في الانضباط الصحي فيما يلي:

- عوامل متعلقة بالمريض
- عوامل متعلقة بالمرض
- عوامل متعلقة بالسيرورة العلاجية
- العوامل الاجتماعية والاقتصادية.
- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض.

2-1- <u>العوامل المتعلقة بالمريض</u>:

يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيرورة جيدة للعملية العلاجية وتجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة في الأمراض المزمنة، ويبقى المريض يعيش تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص، إذ يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها، تخضع خلالها تمثلات المريض ونشاطاته ورغباته للتوتر وتعاد ملاءمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوار اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة **(Thiery et Ouiviger, p 26)** ، ذلك لأن المرض يقتضي سيرورة تجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج، لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب وأنما معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه، ومن أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الانضباط الصحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض، مما يعني رفض العلاج وتناول الأدوية، إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال واضطراب النشاطات كي يختل التسيير اليومي لهذه النشاطات، مثلا المرضى الذين يعانون من السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم ومراقبة نظام غذائهم والمرضى الذين لا يتمكنون من إدخال خبرة المرض المزمن كخبره ضاغطة ومؤلمة في معاشهم النفسي يظهرون صعوبات تكيفية واضطرابات سيكولوجية، وهذا ما يؤدي إلى فشل إتباع علاجهم وحميتهم أي أنهم لا يمتثلون للتعليمات الطبية ولعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار

حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة ونتيجة ذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم ويظهر هؤلاء المرضى سلوكات مرضية تزيد من شدة المرض، حيث يهمل المرض ذواتهم ولا ينتظمون في أغذيتهم وأحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية (حالات مرضى تصفية الدم)، كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح إذا ما تم إتباعه بتخطي المرض، أو على الأقل تجنب مضاعفاته .

ويمكن التعرض إلى بعض العوامل المتعلقة بالمريض فيما يخص انضباطه الصحي رغم أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد جاءت غير متوافقة تماما، فمثلا فيما يخص السن فقد بينت دراسة Gibson أن الانضباط الصحي ينخفض مع التقدم في السن، وعلى العكس يكون مرتفعا لدى الأطفال وصغار السن **(Jack et (fincham, 2007, p 66**

لكن في مثل هذه الدراسات يمكن أن ترجع أسباب الانضباط الصحي لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء و والدعم الاجتماعي المقدم لهم وعلى العكس نجد أن المسنين قد يكونون يعانون من أمراض أخرى تقلل من انضباطهم سواء أمراض عضوية أو النسيان وعدم وجود المتكلفين بهم عكس الأطفال الصغار.

كما دلت بعض الدراسات إلى الدور الايجابي للدعم الاجتماعي في زيادة الانضباط الصحي لدى المرضى ...

فقد وجد **(borbjérgotal, 1995 , Spector, 1985)** أن الأطفال المصابين بالربو يزيد انضباطهم الصحي في حال حصولهم على الدعم الاجتماعي ، فالأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي يمتثلون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم، ويمكن القول أن المريض من خلال انخراطه في البرنامج العلاجي الذي يشمل تناول الأدوية والحمية الغذائية والامتثال للإرشادات الطبية يجعل انضباطه الصحي مرتفعا ،مما يعني تجنب المضاعفات السلبية للمرض

2.2 العوامل المتعلقة بالمرض:

يؤثر المرض على الانضباط الصحي لدى المرضى تأثيرات مختلفة ، فقد يزيد المرض من امتثال المريض ، وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، وكيف يعيشها ،فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض:

- إزمان المرض
- عدم وجود أعراض واضحة
- أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها
- عدم وجود خطورة للمرض

إذ أن تشخيص الإصابة بالمرض وما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج ، لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب ، فهذا التغير بحكم المرض ، وما يفرضه من اختلالات على الوظائف البيولوجية ، وما ينجر عنها من آثار نفسية لا يكون تغيرا إراديا بمحض إرادة الفرد ، ويعمل كذلك إبعادا اجتماعية ، وهذه التصورات الاجتماعية للأمراض لا تختلف كليا عن التصورات التي يكونها المرضى أنفسهم عن مرضهم **(fisher ,p147)**

وحسب الباحثة (schneider 2005) فان أسباب عدم الانضباط الصحي بسبب المرض يكون نتيجة:

- عدم ظهور الأعراض أو استمرارها

تحسن الحالة الصحية للمريض (دون شفائه التام)

كما يتأثر الانضباط الصحي بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة ، فتصبح مسالة الانضباط الصحي تحديا صعبا للمريض ، يعيق شفاءه ويحول دون تحسن حالته الصحية .

وهنا يطرح في هذا السياق مسالة الخضوع المطول للعلاج ، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعداها إلى تغييرات كثيرة في أسلوب حياة المريض والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات لمرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وأثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية ، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه **(شيلي تايلور،ص 558)**

3.2- العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية (أو بالعلاج):

لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف **(Fisher, 237,)**، وهذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج، وتعقيده وفعاليته والأعراض الجانبية الناتجة عنه وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

1.3.2- المعارف المرتبطة بالعلاج:

إن المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه ، او وجود تفاعلات بين العلاج والكحول أو الأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد للانضباط العلاجي وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية **(baur et ttessier ,p 16)**

2.3.2- <u>تعقيد النظام العلاجي:</u>

تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الانضباط الصحي، سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم الانضباط يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و 25% عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية، و35% عندما يفوق 05 أدوية. **(Deblic, 2007, p 422)**

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الانضباط الصحي لدى المرضي، وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الانضباط والامتثال للعلاج صعبا، لكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض.

3.3.2- <u>الاستشفاء:</u>

عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم لدى إدخالهم إلى المستشفى، و عندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب، وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لا سيما القلق والكآبة، كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة آو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق، والكوابيس و انعدام التركيز بصفة عامة (**شيلي تايلور، 2008، ص 511)**.

ولكن رغم هذا نجد أن المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض انضباطهم الصحي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية إذ يؤكد Heedelberg et coll ، أن 39% فقط من مرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء، ويضيف Kruse et Coll في دراسة اعتمدت على التعداد الإلكتروني للأدوية على 300 مريض ماكث بالمستشفى أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و 48% التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من انتهاء الاستشفاء، في حين قدرت نسبة المتغيرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم تقدر بـــ 30% بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة الانضباط خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة. **(Bouer et ttessier, P16)**

4.3.2- <u>تحسين الأعراض:</u>

يؤثر النظام العلاجي على الانضباط الصحي أو تحقق الأثر العلاجي وفي هذا الصدد

يرى Bayada et coll أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الاول للإنقطاع عنه . **Bauer) et ttessier, p17).**

ويؤكد Colis et al, 2008 في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي، يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسين الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج، ونقص انضباطه.

ومن جهة أخرى فإن تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج، وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج.

5.3.2- الأثار الجانبية للعلاج:

كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها Tourette-Turgis سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكل عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم.

كما أثبتت دراسة leventhal عام 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ. **(gauchet, 2008. p42).**

2-4- العوامل الاجتماعية والاقتصادية :

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الانضباط الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في انضباطه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي **(gauchet, 2008, p36)**، ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم الكفاية على تغطية التأمينات الطبية مما يجعل مستوى الانضباط الصحي منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في تحقيق الانضباط الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع

الاجتماعي والاقتصادي المرتفع .

2-5- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب / مريض

يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب إلا أن هنـــاك بعــض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة، واستخدامهم مــصطلحات علمية مختصة ومعقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان، وكذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة، لكن الملاحــظ أن أحكــام الناس حول النظام الصحي وجودته لا ترتكز في كثير من الأحيــان علــى مقومــات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمـــة أو شـــيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات، وتأتي تلك الأحكام فـــي الغالـــب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية ومعايير الكفاءة وبالتالي عدم امــتلاكهم مـــا يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا **(شيلي تايلور، 2008، ص 531)** كما أنه من أسباب عدم الانضباط الــصحي لدى المرضى ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففـــي إحـــدى الدراسات وجد أنه في 23 % من الاستشارات لا يـــستطيع المـــريض مـــن الانتهـــاء من طرح أعراضه وبث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي 69% من الحالات بوجه عام بعد أثنتى عشرة ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب **(شيلي تايلور، 2008، ص ص 541 ، 542)** وفي تقرير المنتظمة العالميـــة للصحة **(OMS 2003)** أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج والتـــي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض، وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمـــريض، حول اختيار الحمية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المـــريض، وحـــول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.

إذن فالعلاقة طبيب/ مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الانضباط الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجيـــة، وشـــرح المـــرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعـــرف أكثـــر علـــى مرضـــه ومضاعفاته وهذا ما يجعله مدركا أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابليـــة لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، مما يرفع من درجة الانضباط الصحي لديه.

3- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الانضباط الصحي :

لقد ظهرت عدة محاولات على شكل نماذج ونظريات حاولـــت وضـــع نمـــاذج

مفسرة للسلوك الصحي، وقد ركزت بعض النماذج عن أسباب وعوامل ظهور سلوك عدم الانضباط لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية والنفسية المزمنة، ولعل أهم النماذج المعروفة والأكثر استخداما في مجال علم نفس الصحة والتي تتاول موضوع الانضباط الصحي هو نموذج المعتقدات الصحية لـ : Rosenstock

3-1- نموذج المعتقدات الصحية: Rosenstock 1974

ظهر هذا النموذج في بداية الخمسينيات من القرن الماضي من قبل علماء النفس الاجتماعي الذين يعلمون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا، وقد طور البرنامج رد على فشل برامج الصحة في علاج عدة أمراض كالسل، وقد كان النموذج يركز على السلوكات الوقائية لدى الأفراد وكان مجديا في مجال التطعيم والوقاية بصفة عامة، ثم بعد ذلك طور النموذج للتنبؤ وتفسير السلوكات المتعلقة بالصحة، ولقد اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة، كما أنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الصحي من نتائج ويعرض عمليات وميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي.

ويقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاها يرتكز على نتائج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوب بحالة التردد أم عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معينا سوف يحقق هذه الأهداف. **(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 34.)**

ويفترض نموذج Rosenstock أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرضى أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية، وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية و العلاج، ويتضمن هذا النموذج مبادئ هي :

- استعداد الفرد القيام بسلوك صحي معين يحدد وهو نتائجه وآثاره.
- تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية .
- وجود مثير لسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام).

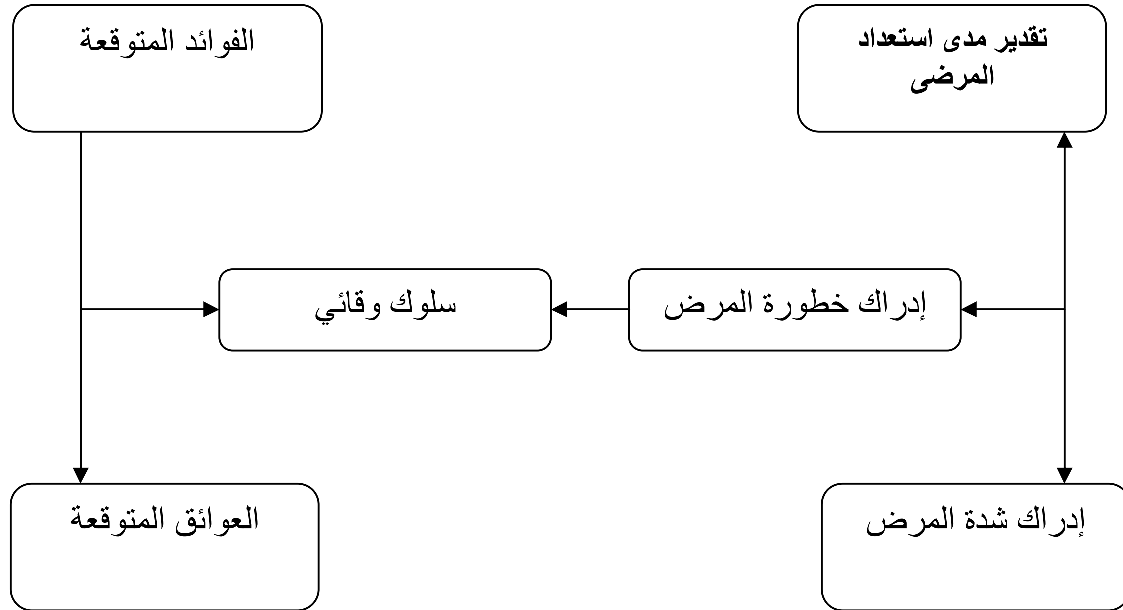
ويتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق نموذج المعتقدات

الصحية في نقطتين أساسيتين :

- أن السلوك الصحي للفرد تجاه مشكلة صحية معينة تتحدد عن طريق ما يــراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).
- أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا الــسلوك يتجــه أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد وعلى الــرغم أن العوامــل الديموغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر على الــدوافع والخبــرات والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للــسلوك الــصحي وإنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب نموذج المعتقدات الــصحية الذي يحدد السلوك الصحي ويتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتــوفر الــشروط الآتية :

- عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسة النشاط الصحي الوقــائي سيعرضــه لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك).
- قد تكون هناك عواقــب وخيمــة لامتنــاع الفــرد اتخــاذ إجــراءات وقائيــة (الشدة المدركة).
- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية . (الفوائد المدركة)
- أن تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.
- أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلــى نتــائج إيجابيــة متوقعة.
- أن تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه **(عثمان يخلف ، 2011، ص 32)**.

ولقد استخدم نموذج المعتقدات الصحية في دراسة الانضباط الصحي لــدى مرضــى ارتفاع ضغط الدم Nelson et coll 1978، ومرضى السكري Alogna 1980، وإجــراء الفحص الذاتي للثدي لدى النساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان الثــدي calnan 1984، والالتزام بالحمية الغذائية Urban et coll 1992، وقد أكدت العديد من الأبحــاث ملائمة النموذج لاستخدامه واقعيا لوضع استراتيجيات لتحسين الانضباط الصحي، كما أثبتت فعاليته في مجال الأمراض المزمنة. **(Fisher , 2008, p 233)**



الشكل رقم 04: نموذج المعتقدات الصحية
(عثمان يخلف، 2001، ص 33)

3-2- نموذج مراحل التغيير :

لقد استطاع كل من (Diclimente et Prochaska 1994) بناء نموذج يعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين ، وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج، ولهذا يعتقد العالمان أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة، ووفق السياقات الخاصة بكل مرحلة، وتمثل مراحل التغير بعدا زمنيا والذي بدوره يسمح بالتعرف على التعديلات والتغيرات التي مست الحدس، الاتجاهات أو السلوك، وكذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل، كما تسمح هذه المراحل أيضا بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيف يحدث التعديل والتغيير عند الفرد على مستوى سلوك معين وتعرف سياقات التغيير على أنها سلوكات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى، كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغيير المريض وتبنيه لسلوكات صحية (**Prochaska et al 1997، p 244**)

ويعتمد مسار التغيير حسب النموذج على المراحل الخمسة الآتية :

- **مرحلة ما قبل التغيير:**

خلال هذه المرحلة يكون المفحوص غير مقتنع بفكرة التغيير أو تعديل السلوك وهذا خلال الستة أشهر من المشكلة الصحية، وذلك نتيجة ميكانيزم الرفض (رفض الواقع) أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض مثلا، إذ أن المريض في هذه المرحلة ليس عاجزا عن رؤية الحل وإنما عاجز عن رؤية المشكل في حد ذاته.

لذلك فإن أفراد العائلة أو الأصدقاء هم الذين يلاحظون أو يشعرون أن للفرد سلوك مشكل، مما يستدعي تدخلهم من أجل تقديم المساعدة للمريض من أجل تغيير سلوكه.

- **مرحلة التأمل :**

خلال هذه المرحلة يشعر المريض أن هناك سلوك مشكل ويفكر جليا في التغلب عليه سواء بتعديله أو تغييره، ولكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل ويعرف Chestreton هذه المرحلة كالأتي : " يعرف الفرد إلى أين يتجه ولكن ليس جاهزا بعد للذهاب"، فالمريض في هذه المرحلة يقوم بعملية تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد والطاقة التي سوف يبذلها من أجل تعديل أو تغيير هذا السلوك، فمثلا حالة المدخن الذي يرغب في التوقف عن التدخين يفكر أولا في الأضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن، ولكن يفكر أيضا في أهمية هذه السجائر في التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه، وهنا نجد الصراع بين رغبتين وكنتيجة لهذا يأخذ المريض أو المفحوص وقتا طويلا خلال هذه المرحلة وذلك حتى يستقر على قرار المبادرة ولكن أن تكون هناك نية التغيير.

- **مرحلة الإعداد وأخذ القرار**

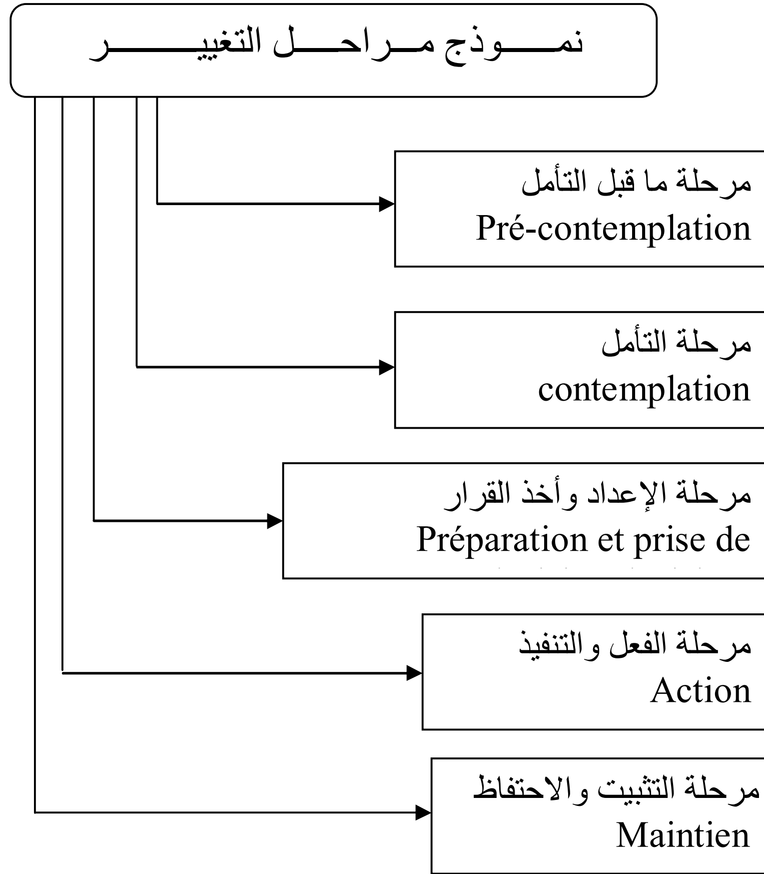
وهي مرحلة النية في التغيير وتكون في الشهر قبل التغيير مع ظهور بعض التعديلات الملحوظة، فالشخص هنا يظهر رغبة في الفعل والعمل ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك.

- **مرحلة الفعل والتنفيذ**

خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغيرات التي حصلت، ويكون التغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، ويصب المفحوص اهتماماته في "الفعل" والتغيير، ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة فعالية الذات وكذلك التعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج، وهذا ما يضمن عدم الانتكاسة.

- **مرحلة التثبيت والحفاظ:**

يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياته أخرى، **(مفتاح محمد عبد العزيز 2010 : ص ص 39، 40)** والشكل التالي يوضح مراحل نموذج التغيير :



<u>شكل رقم 05</u>: يوضح مراحل تطور نموذج التغيير

(مفتاح محمد عبد العزيز 2010 : ص 41)

لكن الانتكاسة ممكنة جدا، فكثيرا ما الأفراد يظهرون نكوصا إلى مراحل أولية سـابقة، ويجدون مقاومة للتغيير والتعديل، حيث يعودون إلى مرحلة ما قبل التأمل

- **سياقات التغيير:**

يقترح Diclémente و Prochaska عن سياقات للتغيير فهي التي تعدل وتنظـيم حالـة الدافعية لدى الفرد، وتتميز كل مرحلة من مراحل التغيير بمجموع سياقات التغيير وهي كالآتي :

- **الشعور:**

تشير هذه العملية إلى تزويد المفحوص بالمعلومات وإثراء حصيلته المعلوماتية فيما يتعلق بذاته وخصائصه الشخصية وأيضا معلومات حول سلوكه المشكل، كما تشير إلى تعلم واكتساب أفعال جديدة وأفكار تعزز رغبة التغيير السلوكي، فهي مجموع التدخلات التي تسعى إلى التحسيس والتوعية، مثلا في حالة الأمراض المزمنة (القصور الكلوي المزمن) يقدم الفاحص معلومات حول المرض، أسبابه، أنواع علاجه، الرعاية النفسية والاجتماعية، كما يطلب الفاحص من المفحوص أن يقرأ حول مرضه وعلاجه وهذا ما يجعه يدرك مدى أهمية انضباطه للتعليمة الطبية حتى ينجح علاجه.

- **التنفيس الإنفعالي :**

وهو تعبير المفحوص عن مشاعره وأحاسيسه ومشاكله وحلولها أي التعبير والتنفيس عن الانفعالات السلبية التي تصاحب سلوك المخاطرة، ويستعمل الفاحص هنا لبلورة هذه العملية تقنيات علاجية مثل لعب الأدوار، الإفصاح الشخصي.

- **إعادة تقييم الذات:**

خلال هذه العملية يعمل المفحوص على تقييم ما يشعر به وما يفكر به بخصوص مشكلته، ويكون هذا التقييم من حيث تصنيف وتوضيح معتقداته، وكذا الصور المعرفية والوجدانية وذلك قبل وبعد تغيير سلوكه.

- **أعادة تقييم المحيط :**

تشير هذه العملية إلى تقييم الفرد مدى تأثير مشكلته على المحيط العائلي والمهني الذي يتفاعل معه، وتمكنه من إدراك الآثار السلبية لسلوكه المشكل، مثلا حالات المدمنين الذين يؤثرون سلبا على عائلتهم وكذلك المرضى المزمنين الذين لا يتابعون علاجهم يسببون الأذى حتى لأفراد عائلاتهم لأنهم يعلمون بذلك وبتفاقم المرض.

- **تحرير الذات:**

تشير هذه العملية إلى قدرة الاختيار، والالتزام بالسلوك الإيجابي المتعلم ثم التصريح أما المحيط العائلي بقرار التغيير والتعديل والتعهد بعدم الرجوع إلى السلوك المشكل.

- **علاقات المساعدة:**

وتشير إلى استراتيجيات المفحوص للبحث عن الدعم الاجتماعي وذلك من خلال تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية الفعالة التي تساعد على اكتساب السلوك الصحي وانطفاء السلوك المشكل.

- **تسيير الوضعيات:**

يعمل المفحوص من خلال هذه السياق على تعزيز السلوك الإيجابي وإطفاء السلوك المشكل، مثلا المكافئة على تحقيق التعديل ثم التغيير الكلي، ولكن المعاقبة إذا ما كان

هناك استمرار السلوك المشكل.

- **ضبط المثير:**

هنا يصل المفحوص إلى مرحلة نـزع وإلغـاء المثيـرات (الأسـباب) المؤديـة إلى السلول المشكل، كأن يتجنب الشخص المقلع عن التـدخين القـاهي والمـدخنين، ومرضى القصور الكلوي الذين يتجنبون شرب السوائل مـن خـلال عـدم شـرائها، وبالمقابل تعزيز المثيرات المساعدة في اكتساب السلوك الصحي مثـل اقتنـاء المـواد الغذائية التي لا تحتوي على البوتاسيوم وكذالك الإلزام بالحمية الغذائية.

- **التحرير الاجتماعي:**

فكلما كان المجال الحيوي الاجتماعي صحيا كلما ساعد الأفراد على اعتمـاد الـسلوك الصحي والإقلاع على السلوك المشكل

- **الإشراط المضاد:**

وهويشير إلى أن المفحوص يتعلم سلوكات صحية بعدما يتخلى عن الـسلوك المـشكل ويكون ذلك من خلال تقنيات : الاسترخاء، تأكيد الذات، التغذية الرجعية .....

فخلال مرحلة ما قبل التأمل، يستعمل الأفراد أقل عدد من سياقات التغيير مقارنة بالأفراد الذين وصلوا إلى المرحلة المتقدمة من التغيير، أما خلال مرحلة التأمـل فـإن الأفراد يكونون أكثر تفتحا على تغذيات الوعي والشعور الـذاتي مثـل : الملاحظـة، المواجهة، التفسير والتأويل كما أنهم أكثر قابلية لاسـتعمال تقنيـات للإطـلاع علـى مشكلتهم، أما خلال مرحلة الإعداد يبدأ الأفراد في التوجه نحو الفعل وتوظيف الإشراك المضاد وكذلك ضبط المثير وذلك للتحكم في السلوك المشكل.

أما مرحلة الفعل يلتزم الأفراد أكثر بالعمل والتأثير (مستوى أعلى من التحريـر الذاتي والإرادة)، فهم يؤمنون أكثر بكفاءاتهم وقدراتهم على التغيير، كما نجد أن فعلهم يكون مكللا بالنجاح وهذا ما يسهل الاستعمال الفعال للسياقات السلوكية مثل الإشـراك المضاد، وتعتبر مرحلة الفعل صعبة وتتميز بالضغط لأنـه مـن الممكـن أن تحـدث الانتكاسة إلى مراحلة سابقة ولهذا يحتاج فيها المفحوص إلى الدعم الاجتماعي وتفهـم الآخرين.

أما مرحلة التثبيت والحفاظ فيعتمد نجاحها على فعالية سياقات التغيير السابقة.

إن العلاقة بين المراحل وسياقات التغيير تأثير مباشر على العلاج لأنها تؤكـد على أهمية تعزيز التدخلات العلاجية عند مستوى المرحلة التي يكون قد وصل إليهـا المفحوص، وعلى هذا فإن العلاج الموجه نحو الفعل يكـون فعـالا، عنـدما يـصل المفحوص إلى مرحلة الإعداد والفعل، في حين أن العلاج يكون غير فعال وقد ينعكس سلبا عندما يكون المفحوص لا يزال في مرحلة ما قبل التأمل، أو مرحلة التأمل لهـذا فكل مرحلة محددة بالمدة الزمنية والسياقات الخاصة بها .

3-3 نموذج الإنضباط الصحي:

طور هذا النموذج من قبل: heiby et carlson في 1986، وهو نسخة شاملة لنموذج اجتماعي سلوكي مفسر لمختلف أنماط الامتثال للعلاج (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية..الخ) وقد شمل النموذج ثلاث أنواع من التغييرات :

- **السوابق أو المتغيرات الوضعية:** وتحدد حسب ما يلي:
  - خصائص العلاج: التركيز، الطعم، اللون، تعقيد الجرعات تعبئة الدواء
  - نوعية المعارف المقدمة على نوع وأهداف العلاج، التكييف مع أسلوب الحياة الجديدة.
  - نوعية المعلومات المقدمة كتابية شفهية، أشرطة .. الخ.
  - متابعة المريض وعدد المعاينات، وكذلك الدعم العائلي والاجتماعي ونوعية العلاقة طبيب/مريض.
- **العوامل الفردية الذاتية:** وتتضمن العوامل الفردية كل ما هو متعلقة بادراك المريض لوضعيته كمريض، ومعتقداته وادراكاته المرتبطة بفعالية العلاج، وكذلك الثمن المدرك والخطورة المقدرة ودرجة الرضا التي يشعر بها المريض
- **النتائج:** وهي تتعلق بالمنافع أو المساوئ الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفة بإدركات المريض الذاتية، وهذه المنافع قد تكون:
  - اجتماعية كالتقدير من قبل الآخرين
  - جسدية أي تحسن الحالة الصحية للمريض
  - مادية أي مكاسب اقتصادية

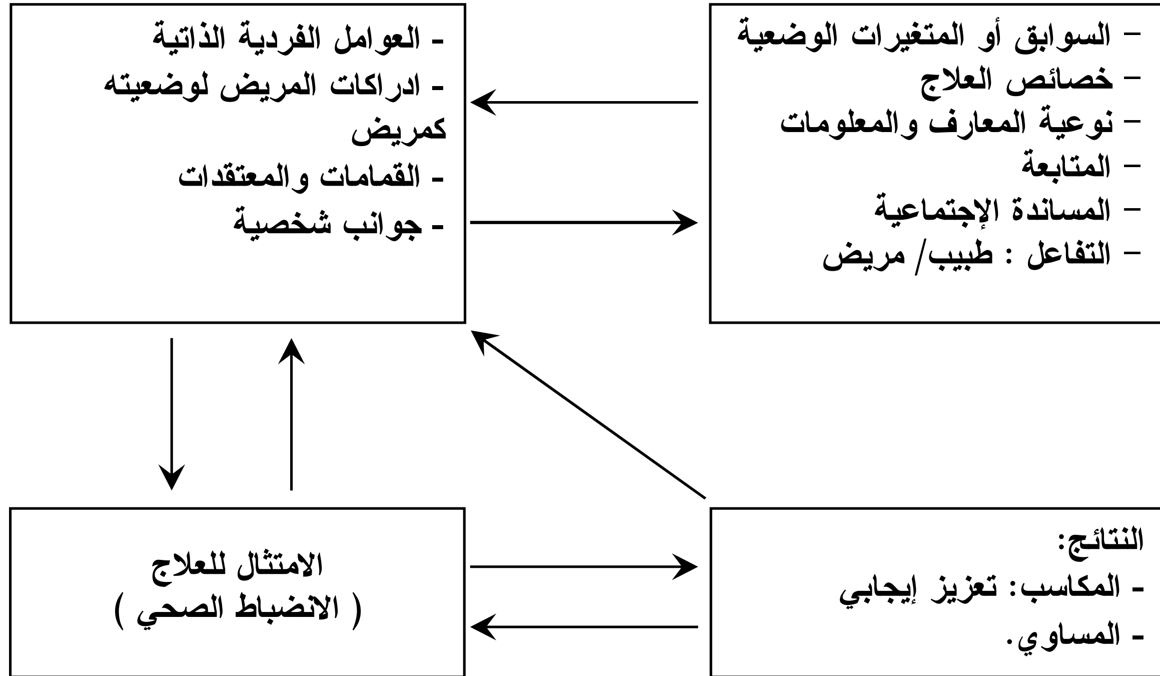
أما المساوئ فتكون:

- اجتماعية: صفة المرض وأعراضه في المجتمع
- جسدية: زيادة حدة المرض ومضاعفاته
- مادية : زيادة تكاليف العلاج الباهظة

وقد اعتبر هذا النموذج أن الانضباط الصحي يتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون فيها بالامتثال للعلاج عبر الآثار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم، وهناك مستويين للعوامل مكاسب/ مساوئ للامتثال للعلاج:

- في إطار العوامل الفردية للامتثال للعلاج هناك مكاسب ومساوئ مدركة قبل السلوك، هذا الإدراك يعد بمثابة محدد للانضباط الصحي.
- في إطار النتائج: يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوئ المدركة والمعاشة بعد السلوك المتبني(الإمتثال أو عدم الانضباط) أي نتائج الامتثال للعلاج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية رجعية وتــؤثر علــى الــسلوكات الداخليــة المرتبطة بالعلاج في حد ذاته أو غيرها من السلوكات الأخرى.وتسمح هــذه المقاربــة بديناميكية النموذج وبالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره وهو ما لم لا يطرح في باقي النماذج النظرية الأخرى. **(gauchet ,2008,p 60)**



شكل رقم 06: يوضح نموذج الانضباط الصحي لـ Heibyet et Carlson 1986
(Guachet, P60)

3-4- نموذج التمثلات الصحية: 1980 leventhal:

ظهر هذا النموذج على يد leventhal بين ســنة 1980 و 1984، وهــو قــائم على الفكرة التي مفادها الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتــصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه **(reach ;2006 ; p 42)**

كما استخدم هذا النموذج لتفسير سلوكات الانضباط الصحي انطلاقا من إدراكات مرض معين وهذا من خلال مجهودات الفرد للتــصرف إزاء المــرض والأعــراض و النتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا النموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية هي:

- أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلــى تخفــيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها.
- التمثلات المعرفية والانفعالية لتهديد المرض التي توجه ســيرورة التكيــف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تنبيه.
- تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ويمكن أن لا تتفق مع الحقيقة

الطبية، وهي تصورات محددة اجتماعيا تتهيأ انطلاقا من القيم الاجتماعية الثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه **(gauchet , 2008 ,p 61)**

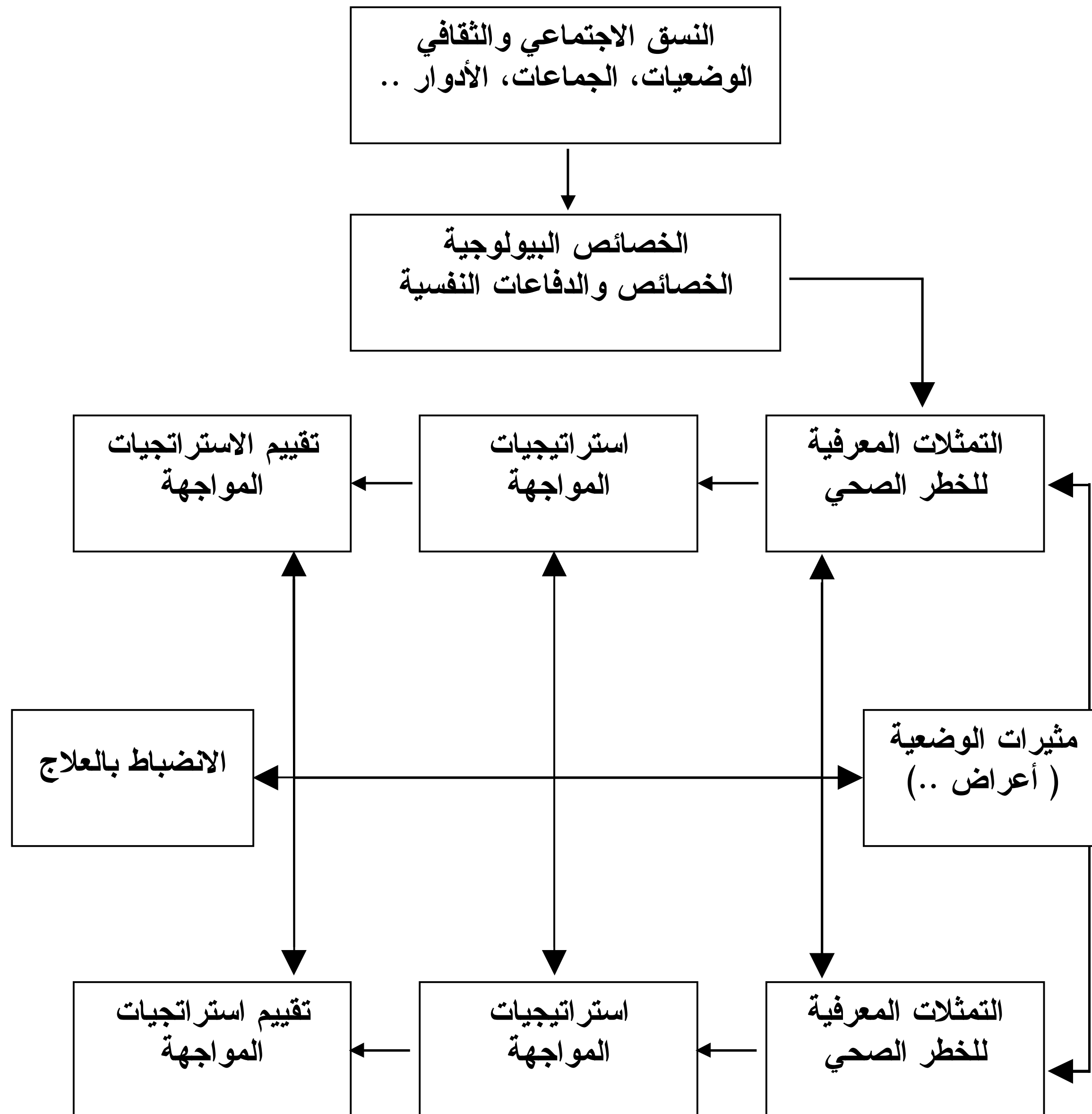
وتنظم السلوكات المرتبطة بالمرض تبعا لهذا النموذج باشتمالها على خمس مكونات أساسية هي:

- **الهوية:** أي التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- **السبب:** أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه.
- **البعد الزمني:** وهي المدة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن، حاد)
- **الآثار:** أي نتيجة المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.
- **العلاج:** والذي يلجأ إليه المريض بحثا عن الشفاء والاستقرار **(Fisher, 2006, p 40)**

ولفهم الانضباط الصحي، أقترح هذا النموذج حلقة تنظيم بين التصورات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة و الإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية و تشمل المراحل التالية: **(Reach ;2002 ;p 42)**

- **التمثل المعرفي للمرض:** أي تنظيم المعلومات المختلفة المغذاة من قبل المحيط وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها التي يستقيها المريض، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه ومرضه، لهذا يكون تمثلات معرفية ونماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها، ويستقي المريض معلوماته من الأصدقاء و العائلة، الفريق الطبي ووسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة.
- **الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج:** وتنتج أساسا عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج
- **التسيير المتبني تبعا للتمثلات:** أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية، سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الانضباط بالعلاج طلبا لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات والتقليل من الآثار السلبية للمرض وما ينجم عنه من ضغط انفعالي.
- **التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة:** يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة التي تبناها، وكنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثلات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض ويتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية.

إن آلية التغذية الرجعية تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات والتمثلات وتبنى أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة **(gauchet ,2008,p62)**



<u>شكل رقم 07</u>: نموذج التنظيم الذاتي للصحة Leventhal - 1980 – 1984
.(Gouchet, 2008, P63)

4- <u>قياس الانظباط الصحي</u>:

إن قياس الانضباط الصحي من المشاكل التي تعترض الباحثين و القائمين على الرعاية الصحية للمرضى، خاصة المزمنين منهم، لهذا فقد اختلف الباحثين

والمختصين في الطرق المستعملة من أجل تقييم وقياس مدى الانضباط الصحي لـــدى المرضى.

ويبقى قياس الانضباط الصحي في كثير من الأحيان معيارا مهم من اجل نجاح البرنامج العلاجي الذي يرسمه المختصين، وعلى العموم هناك عـــدة طـــرق لقيـــاس الانضباط الصحي لدى المرضى، وهذه الطرق تختلف باختلاف طبيعة المرض (حاد – مزمن)، وحسب سن المريض (صغير– راشد – متقدم في السن ..) ويمكن تقسيم طرق قياس الانضباط الصحي إلى قسمين ورئيسيين هما:

1-4- القياس المباشر للانضباط الصحي:

ويشمل عددا من الطرق منها :

- الطرق البيولوجية وهذا بالتحاليل المخبرية (الدم، البول) إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز أثار الأدوية التي تناولها المريض.
- وزن المريض، ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بـــآخر فحص لمعرفة مدى انضباطه واندماجه في الخطة العلاجية.
- الملاحظة المباشرة إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص من خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه.
- ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض.
- ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج، **(Drouin, 2004, P48)**

2-4- القياس الغير مباشر للانضباط الصحي: وتشمل على:

- المقابلة مع المريض.
- احترام المواعيد الطبية.
- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن العلاج الذي يتلقاه.
- حساب الأدوية المتناولة من طرف المريض.

وفيما يخص مرضى القصور الكلوي المزمن فـــإن تحديـــد مـــدى انـــضباطهم الصحي ليس بالشيء الصعب، لكون المرضى يداومون على حصص تصفية الدم تقريبا يوم بعد يوم، إذ آن القائمين على رعاية مثل هؤلاء المرضى يقومون بوزن المـــريض قبل بداية حصة تصفية الدم ثم إعادة وزنه بعد حصة تصفية الدم، فإذا وجد الفرق فـــي الوزن تعدى 2.5 كلغ عرف القائمون على رعاية المرضى بأنه أكثر من شرب المـــاء وباقي السوائل، التي تضر بحالته الصحية كما يقوم الأطباء أيضا أثناء حصة تـــصفية الدم بأخذ عينة من دم المريض يقومون بقياس نسبة البوتاسيوم في دمه، إذ أن ارتفاعها

بنسبة كبيرة يعني بأن المريض غير منضبط بالحمية الغذائية ويتناول المأكولات الغنية بالبوتاسيوم، ولهذا فإن أمر قياس إنضباط مرضى القصور الكلوي المزمن سهل بالنسبة للأطباء، أما في حالات عدم الانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المــزمن فإن مضاعفاته تكون خطيرة خاصة على القلب، فكثيرا ما ينقل المــريض فــي حالــة إستعجالية إلى مصلحة تصفية الدم، لسبب قد نراه بسيط، كشرب كمية من اللبن؟

فمن خلال دراستنا الميدانية تبين لنا أن الأطباء الذين يــسهرون علــى متابعــة مرضى القصور الكلوي لا يجدون صعوبة في كشف المرضى الغير منضبطين بالعلاج ، وإنما يجدون صعوبة في كيفية إيجاد الحلول من أجل انضباط أحسن لــدى هــؤلاء المرضى .

خلاصة:

إن الانضباط الصحي أو الامتثال الجيد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن يعد من أهم العوامل المساعدة في تجنب مضاعفات المرضى خاصة على القلب، إذ بإمكان المريض المنضبط والمنخرط في البرامج العلاجية أن يعيش لسنوات طويلة عن طريق آلة تصفية الدم، أما المرضى يغير منخرطين بصورة جيدة في البرامج العلاجية فكثيرا ما يصابون بأمراض أخرى مثل أمراض القلب، والأسوأ من ذلك أن هناك الكثير مـــن مرضى القصور الكلوي يموتون ليس بسبب مرض القصور الكلوي المزمن، بل نتيجة عدم تقيدهم بالحمية الغذائية خاصة عند تناول الأطعمـــة الغنيـــة بالبوتاســـيوم الـــذي إذا زادت نسبته كثيرا في الدم تؤدي إلى السكتة القلبية.

الفصــــل الرابــــع

القصـــور الكلـــوي

- تمهيـــــــــــــد:

1- الكليتان

1.1 تعريف الكلية، موقعها وقياساتها

2.1 تركيب الكلية

3.1 البنية التشريحية للكلية

4.1 وظائف الكلية

2- القصور الكلوي

1.2 تعريف القصور الكلوي

2.2 تشخيص مرض القصور الكلوي

3.2 أنواع وأشكال القصور الكلوي

4.2 أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن

5.2 الآثار الناتجة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن

6.2 علاج مرض القصور الكلوي المزمن

- خلاصة.

تمهيد :

يعد القصور الكلوي المزمن من الأمراض المنتشرة في العالم وهو مرض شاق ومؤثر على صحة المريض وحياته النفسية والاجتماعية فهو كغيره من الأمراض المزمنة التي تؤثر في جميع نواحي الحياة.

إن نسبة الإصابة بهذا المرض في تزايد مستمر وتقدر بـــ 50 إلى 60 شخص في كل مليون شخص ، وفي الجزائر تشير الإحصائيات إلى تسجيل 3500 حالة جديدة كل سنة ومليون و 500 حالة مصابة تقوم منها 13000 حالة بالتصفية هذه العملية التي تعد معاناة حقيقية يعيشها المريض باستمرار، إذ أن عجز الكلية وقصورها يؤدي إلى تراكم السموم والفضلات في الجسم ويعرض المريض لخطر الموت بسبب فقدانه لوظيفة حيوية، وهو الأمر الذي يجعله يعيش حالة حداد لأنه حتى هذا العلاج المتمثل في التصفية هو علاج لا يشف وهو يساعد على التعايش مع المرض ويذكر بالفقدان النهائي للكلية.

1- الكليتان: هما عضوان بالغا الأهمية في جسم الإنسان ويمكن وصفهما بما يلي:

1.1– تعريف الكلية، موقعها وقياساتها: عبارة عن زوج (كليتان يمنى ويسرى) توجدان في كيسين ليفيين وهما محاطتان بمقدار من الدهن ومعلقتان بالظهر من خلال ارتباط وثيق بواسطة نسيج رابط، وللكلية غشاءان احدهما خارجي مكون من الدهون لوقاية الكلية من الصدمات الخارجية والثاني داخلي مكون من النسيج الليفي كما يتكون جسم الكلية من طبقتين تدعى الخارجية منها قشرة الكلية، أما الداخلية فتسمى بنخاع الكلية، والشريان الكلوي يتفرع داخل القشرة إلى فروع كثيرة جدا تكون حزما تسمى حزم الكلية (glomérules) ولكل حزمة شريان للاستيراد وآخر للتصدير وكل حزمة محاطة بقمع تمتد منه قناة بولية. **(أمين رويحة، 1972).**

تقع الكليتان تحت الحجاب الحاجز إلى جانبي العمود الفقري، ونلاحظ أن الكلية اليمنى اخفض بقليل من الكلية اليسرى لوجود الكبد، والكلية تشبه حبة الفاصوليا، إذ أن سطحها الخارجي محدب والسطح الداخلي مقعر ويعرف بالسرة التي يدخل إليها الشريان الكلوي الذي يحمل الدم المؤكسد لتغذية الكلية والذي يتفرع منه الأورطي (aortique)، ويخرج منها الوريد الكلوي الذي يجمع الدم غير المؤكسد من الكلية ويصب في الوريد الأجوف السفلي، كما يخرج منها الحالب، ويوجد أعلى كل كلية غدة هي الغدة الكظرية (la surrénal) **(زهير الكرمي، 1988).**

- **القياسات المتوسطة للكلية:** تختلف قياسات الكلية ولكن في المتوسط هي كما يلي:
  - الطول من 12 إلى 15 سم
  - العرض من 7 إلى 8 سم
  - السمك من 4 إلى 5 سم
  - الوزن من 120 غ إلى 200 غ عند الشخص البالغ

(سليمان إبراهيم أبو دقة، 2007، ص 8)

2.1– تركيب الكلية: تتكون الكلية من طبقة خارجية تسمى القشرة Cortex و طبقة ملساء تدعى اللب médullaire

- **الطبقة الخارجية:** وهي اللحاء ذو اللون الرمادي والمظهر الحبيبي
- **الطبقة الداخلية:** عبارة عن لب لونه احمر يتكون من مجموعة من

الأهرامات الصغيرة تتجه قاعدتها نحو المحيط تدعى les pyramides de Malpigi والتي يخرج منها البول لينزل في حوض الكلية وهو الفراغ الذي يتصل بقناة البول (الحالب).

- **<u>الوحدة الكلوية والتي تتكون من</u>:**

- أهرامات Malpigi، وهي وحدات للترشيح تدعى النيفرونات néphrons (الأنابيب البولية) ويصل عددها في الكلية الواحدة إلى مليون أو مليون ونصف نفرون، وتجري في النفرونات عملية تشكل البول، أما الكبيبة الكلوية glomérules التي تتمثل وظيفتها في تصفية الدم فتتكون من مجموعة من الأوعية الدموية ومحفظة بومان التي تحيط بها وهي تتألف من صفيحتين داخلية وخارجية، تتكون الداخلية منها من خلايا مستوية ورقيقة جدا، في حين تتحول الصفيحة الخارجية إلى قناة النفرون البولية ونلاحظ في هذه القناة الأجزاء التالية:

- **الأنبوب البولي tube urinaire:** وهو مقسم بدوره إلى عدة وحدات

- **عروة هنلي ANSE D.Henlé:** ويتم فيها امتصاص وإفراز الأملاح المختلفة مثل الصوديوم حسب حاجة الجسم.
- **الأنبوب الملتوي القريب tube contourne proximal** : يمتص بعض المواد صغيرة الحجم كالكلوكوز، والبروتينات والتي ترشح من خلال محفظة بومان، ويفرز بعض المواد مثل كلوريدرات الهيدروجين والبيكاربونات حسب حاجة الجسم.
- **الأنبوب الملتوي البعيد tube contourne distal** : وله دور هام في امتصاص وإفراز البوتاسيوم تحت تأثير هرمون الالدوستيرون في الأنابيب الجامعة **(عبد الكريم فريحات ،2000،ص 64).**
- **الأنابيب الجامعة tubes collecteurs** : لها دور ترشيح الدم من خلال النيفرونات ودورها الأساسي هو امتصاص الماء من البول تحت تأثير الهرمون المضاد الذي تفرزه الغدة النخامية **(مهدي علي، 1992، ص 39)**

3.1– **<u>البنية التشريحية للكلية</u>**: تحاط الكلية من الخارج بالمحفظة وهي غشاء ليفي رقيق، ولو أخذنا مقطعا طوليا فسنلاحظ ما يلي:

- **القشرة** : طبقة بها عدد كبير من أجسام malpigi وهي أجسام كروية الشكل ،مزدوجة الجدران محاطة بشبكة من الشعيرات الدموية التي تتفرع من الشريان الكلوي وبعد ذلك تتجمع لتشكل فروعا تخرج من جسم malpigi ثم تتفرع إلى شعيرات دموية تلتف حول الجزء العلوي من الأنبوبة البولية التي تخرج بدورها من جسم malpigi وهكذا تسير الأنابيب البولية متعرجة في القشرة ولكنها تستقيم في النخاع وتتجمع في مجموعات هرمية الشكل .
- **النخاع:** عبارة عن طبقة واسعة توجد بها أهرامات malpigi وهي تجمعات الأنابيب البولية حيث تتفتح هذه الأنابيب في قمم الأهرامات .
- **حوض الكلية:** عبارة عن تجويف يوجد داخل الكلية سطحه مقعر ويعتبر جزءا من الحالب وتصب فيه الأنابيب البولية.

- **الحالبان:** عبارة عن قناتين ضيقتين نسيجهما ليفي يبلغ طول كل منهما حوالي 25 سم ويخرج كل حالب من سرة الكلية ويمتد إلى الأسفل حتى يصل إلى المثانة ويفتح فيها بفتحة ضيقة مائلة تسمح للبول بالمرور إلى المثانة وتمنعه من الرجوع إلى الحالب عند امتلاء المثانة.
- **المثانة:** عبارة عن كيس غشائي بيضوي الشكل مبطن من الداخل بغشاء مخاطي يفتح فيه الحالبان بفتحتين مستقلتين ويضيق الجزء السفلي من المثانة ويسمى عنق المثانة ويحاط بعضلة عاصرة دائرية لا تفتح إلا عند التبول .
- **قناة مجرى البول :** هي قناة تتصل بالمثانة وتفتح إلى خارج الجسم بفتحة مستقلة في حالة الأنثى وبفتحة مشتركة مع القناة القاذفة في حالة الذكر **(زهير الكرمي، 1988، ص ص77،76).**

4.1- __وظائف الكلية__ : تقوم الكلية بتصفية الجسم من السموم الناتجة عن رواسب الاستقلاب ، وهذه السموم والرواسب يجمعها الدم من كل خلية ويأتي بها إلى الكلية لتقوم بتصفيتها، والدم الذي يجتاز كل كلية في الدقيقة الواحدة يبلغ لترا واحدا وهذا يعني أن كمية الدم التي تصب في الكلية تبلغ من (1500 الى 1700 لتر في اليوم).
والكلية لا تصف البول كما هو في حالته النهائية بل تصفي أجزاءه على انفراد ثم تقوم بمزج هذه الأجزاء بعضها ببعض، ويمكن إيجاز عمل الكلية في ما يلي:

- **إنتاج وطرح البول** : وهي عملية تخلص الجسم من نواتج الاستقـلاب الضـــارة والأملاح الزائدة في الجسم من خلال تصفية الدم وطرحها مع المواد السامة والعقاقير التي تدخل الجسم، وكذا طرح كمية الماء الزائد في البول وبذلك يتم الحفاظ على حجم ثابت للدم في الجسم وتمر عملية إنتاج وطرح البول بثلاث مراحل هي:

- **الترشيح** : يقوم القلب بدفع الدم تحت ضغط معين من انقباض وانبساط، ونظرا لاختلاف السمك بين الشريان الوارد والشعيرات الدموية الكبيبية فانه يتكون ضغط عال قد يصل إلى 70 ملم زئبقي وينتج عنه ترشح الجزء السائل من الدم خارج الشعيرات لينفذ إلى تجويف محفظة بومان ويسمى بالرشح، ويتحوي هذا الأخير على ماء البلازما ومكوناتها غير البروتينية، ويكون بمعدل 125 سم^3/الدقيقة أي ما يعادل 20 لترا يوميا، أما الكريات الحمراء والبيضاء والصفائح الدموية والبروتينات وكل المواد المرتبطة بها مثل الأحماض الدهنية وبعض الأدوية فلا يمكنها النفاذ من خلال جدار محفظة بومان وهذا لكبر حجمها **(محمد علي البار، 1992،ص 38).**
- **إعادة الامتصاص** : عندما يمر السائل الراشح عبر الأنابيب البولية يحدث فيها امتصاص الماء خاصة في عروة هنلي، ولولا ذلك لتعرض الجسم إلى نقص شديد في الماء وبالتالي تعرض الفرد إلى الجفاف، ولكن بعملية إعادة الامتصاص يحافظ الجسم على نسبة ماء ثابتة، ويكون الامتصاص نتيجة القوة الاسموزية، كما يجري امتصاص

انتقائي للمواد ومنها الأملاح المعدنية، الأحماض الدهنية ، الغليسرين، الهرمونات، الفيتامينات والسكريات، وامتصاصها يحتاج إلى طاقة لأنها عمل نقل نشط، ثم تعاد أخيرا إلى الدورة الدموية في الجسم. **(محمد علي البار ،1992)**

- **الإفــراز:** بالإضافة إلى امتصاص الماء والمواد اللازمة فان جدران الأنابيب الملتوية البعيدة القادرة على استخلاص بعض المواد العضوية الغريبة أو بعض مخلفات التمثيل الغذائي كمادة الكرياتين أو بعض السموم أو العقاقير الأخرى من الدم، وتضاف هذه المواد إلى البول الذي يتجمع في حوض الكلية ومنه ينتقل عبر الحالب إلى المثانة حيث يتجمع البول هناك حتى يتخلص منه.**(محمد علي البار، 1992، ص 39)**.

– **وظائف هرمونية :** تعتبر الكلية من الغدد الصماء الموجودة بالجســم لأنها تقــوم بإفراز بعض الهرمونات وتصبها مباشرة في الدم مثل هرمون الرينين (Rénine) الذي يفرز على مستوى الكيبية الكلوية، ويقوم هذا الهرمون بالعديد من الوظائف من بينها انقباض الأوعية الدموية مما يسبب رفع الضغط الشرياني، تحريض قشرة الكظر على إفراز هرمون الالدوستيرون (Aldostérone) كما تفرز الكلى هرمون البروستاقلاندين (prostaglandine) الذي يلعب دورا أساسيا في جريان الدم في النيفرونات، وكذلك تقوم الكلية بإفراز بعض المواد التي تساعد في تنشيط امتصاص الكالسيوم في الأمعاء، وتحافظ على ثبات الضغط الاسموزي وتوازن الحموضة داخل الجسم، كما تفرز خمائر معينة تعمل على إبطال مفعول بعض العناصر المنشطة، كإبطال مفعول الهيستامين بخميرة الهيستاميناز. **(محمد علي البار، 1992،ص 40).**

2. **<u>القصور الكلوي</u>:** يعتبر مرض القصور الكلوي من الأمراض الشائعة والمنتشرة التي تستحوذ على اهتمامات الصحة العمومية نظرا لما يخلفه هذا المرض من أضرار صحية نفسية اجتماعية واقتصادية.

1.2- <u>تعريف القصور الكلوي</u> : يعرف القصور الكلوي بانخفاض قدرة الكليتين على ضمان تصفية وطرح الفضلات من الدم ومراقبة توازن الجسم من الماء والأملاح وتعديل الضغط الدموي. **(آمال بورقبة، 2000، ص6).**

فالقصور الكلوي حادا كان أم مزمنا ليس مرضا في حد ذاته بل ناتج عن أمراض تصيب الكلى والتي تتميز بانخفاض في عدد النيفرونات، هذه الوحدات الوظيفية المهمة التي يتم فيها تصفية الدم وإنتاج البول **(محمد الصادق صبور، 1989، ص80)**

2.2- <u>تشخيص مرض القصور الكلوي</u>: يتم تشخيص هذا المرض من خلال الفحوصات السريرية والفحوصات المخبرية

- **الفحوصات الإكلينيكية:** وتتمثل فيما يلي:

- البحث عن وجود بعض الأعراض كشحوب الجلد ونزيف في الأغشية المخاطية كالأنف والبلعوم والفم.
- فحص القلب والرئتين لأجل مراقبة ضغط الدم
- فحص شامل لبحث مدى إصابة أحشاء أخرى لمعرفة ما إذا كان إلتهاب الكلية ناتج عن التهاب عام.
- **الفحوصات البيولوجية:** وتتمثل في فحص نسب بعض المواد المتواجدة في الجسم ونذكر من بينها:
- نسبة البوليان تتجاوز 1غ /ل والتي قد ترتفع بصورة كبيرة مع غذاء غني بالبروتين مع أن الكلي مازالت محتفظة بخمسين بالمائة من وظائفها.
- فحص نسبة الكرياتين في البلازما، حيث أن الكلية السليمة تصفي الجسم من هذه المادة بمقدار 100 مل/ الدقيقة. والنسبة العادية لهذه المادة في الدم هي 1مغ لكل 100 ملل، وإصابة الكلية تفقدها قدرتها على تصفية هذه المادة التي قد تصل إلى 25 ملل /الدقيقة قبل أن يتضاعف الكرياتين في الدم إلى 2 مغ /ملل من الدم (**محمد علي البار، 1992، ص 44**)
- فحص البول وفيه يبحث عن نسبة البروتين
- زيادة الماء ونقص البوتاسيوم
- اضطرابات في توازن PH (انخفاض)
- اضطرابات في توازن الفسفور والكالسيوم (بالزيادة) (**رياض جودت ،2001،ص 166**)

3.2- <u>أنواع وأشكال القصور الكلوي</u>: يعرف القصور الكلوي على انه حدوث قصور في عمل الكلى (الإفراز والإطراح وإعادة الامتصاص) بصفة مؤقتة أو نهائية مما يؤدي إلى اختلال عام في الجسم وظهور الأعراض المتعلقة بعدم قدرة الكلية على أن تلعب دورها كما يجب كغدة وليس كمصفاة. و القصور الكلوي يمكن أن يكون عضويا lésionnelle ناتجا عن خلل عضوي أو تشريحي على مستوى الجهاز البولي وبالتحديد في الكلية atteinte rénale وتكون الإصابة في غالب الأحيان عامة وشاملة وتكون مختلف وظائف الكلية مضطربة بدرجات متفاوتة مثلا، درجة عزل الفضلات الآزوتية azotés، التوازن المائي والجزيئات دورها في بناء التوازن المائي والجزيئات دورها في بناء érythropoïèses والتوازن الحيوي .

يتميز القصور الكلوي العضوي بالحذف المفاجئ لوظائف الكلية الإفرازية (عدم إفراز البول) وتكون الكلية عاجزة عن التحكم الثابت في الوسط الداخلي الخاضع للتأثير الثلاثي وهو عملية الأيض الوسطي métabolisme، إفرازات الكلية الخارجية والعوامل الداخلية.
يمكن للقصور الكلوي العضوي الحاد أن يتلاشى وتعود الكلية إلى طبيعتها إذا ما تم العلاج الفوري وتم حذف مسببات هذا العجز المفاجئ ، فمثلا في حالة الإصابة بمرض الكلية المتعلق بالنسيج والأنابيب الذي يمكن آن يزول بعد العلاج وتعود الكلية إلى حالتها الطبيعية .

أما القصور الكلوي العضوي المزمن فهو يتميز بنقصان في المد الدموي للكلية وترشيح القروميريل filtration glomérulaire ويشير هذا الاضطراب إلى إصابة وظائف

الأنابيب وكذلك عجز وظائف الأيض في الكلية، والتطور نحو القصور الكلوي المزمن النهائي يكون بالتدريج وباستمرار واسترجاع الوظيفة الكلوية نادر جدا.

وقد يكون القصور الكلوي وظيفيا fonctionnel لا يعود إلى خلل عضوي تشريحي في الكلية وإنما يعود إلى عجز وظيفي في الكليتين بسبب وجود اضطراب في عضو آخر كالقلب مثلا، أو جفاف الخلايا. والقصور الكلوي الوظيفي يمكن أن يكون:

– **قصور كلوي حاد:** ويعرف هذا القصور (I.R.A) على انه التوقف المفاجئ والمؤقت (من بضع ساعات إلى أيام) للوظيفة الإطراحية للكلية مع انخفاض شديد أو توقف كلي للتصفية الكبيبية، ويكون نقص إفراز البول

في نصف الحالات.

يظهر هذا القصور بسرعة نتيجة أسباب قد لا تكون للكلى علاقة بها وهي أسباب متعددة منها النزيف الداخلي أو الخارجي الحاد (hémorragie intérieur ou extérieur aigue) ، أو فشل في عضلة القلب (défaillance cardiaque) جفاف شديد (hydratation intense) إسهال مستمر (diarrhée persistante) تقيئ كثير (vomissement) تسمم (intoxication)، انسداد مجرى البول بسبب وجود حصاة أو ورم أو تضخم البروستات.

وأعراض القصور الكلوي الحاد تكون هضمية مثل القيء والإغماء، تنفسية مثل صعوبة التنفس، قلبية وعائية مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني، عصبية مثل الصدمات التشنجية. **(أمال بورقبة ،2000)**

– **القصور الكلوي المزمن :** يعرف القصور الكلوي المزمن (IRC) على أنه خلل مزمن لوظائف الكلية والذي يظهر من خلال التوقف التام لإفراز البول أو نقص كمية البول المفرزة في وقت محدد..

ومن الناحية الفيزيولوجية فان هذا المرض هو عبارة عن إصابة الوحدات الوظيفية في الكلية وبالتالي يؤدي إلى النقص في القدرة على التحكم في تركيز الأملاح في البول وهناك عدة أنواع من القصور الكلوي المزمن نذكر منها :

– التهاب مزمن يرفقه ضغط دموي مرتفع.

– التهاب مزمن لا يرفقه ضغط دموي مرتفع وفيه تبرز مجموعة أعراض كلوية يرافقها استسقاء في الجسم، أي خروج سوائل من الأوعية الدموية.

– التهاب الأنسجة البينية المزمن (الكبيبية): وينتمي إليه التهاب الكلية المزمن وحوضها والذي ينتج عن التعفن أو ركود المواد المفرزة في القنوات.

– التهاب كبيبات الكلى: وهو مجموعة التهابات كلوية تتسم بإصابة انتقائية للكبيبات مما يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي فتتكون مولدات الأجسام المضادة ونتيجة لذلك يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليتسرب الناتج في أغشية الكبيبات.

– الأمراض الوعائية في الكلية : حيث يمكن أن يتسبب ارتفاع بسيط

في الضغط الشرياني في حدوث إصابات للأوعية الشعرية، وتجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الضغط الشرياني يعد احد مسببات القصور الكلوي المزمن وكثيرا ما يكون هو في حد ذاته احد آثار هذا المرض.

- التهاب حوض الكلية المزمن: ويحدث عادة نتيجة ارتفاع البول

إلى الحالب نتيجة عيب خلقي يمكن علاجه جراحيا وإذا تم حبس البول عدة مرات لمدة طويلة يؤدي ذلك إلى تكرار الالتهابات الميكروبية التي بدورها تقوم بتحطيم نسيج حوض الكلية ونخاعها وينتهي الأمر بالفشل الكلوي. **(أمال بورقبة ،2000)**

- **أعراض القصور الكلوي المزمن:** تضطرب بسبب القصور الكلوي المزمن معظم أجهزة الجسم الداخلية وينتج عن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض هي كالتالي:

- أعراض قلبية وعائية:

- ارتفاع ضغط الدم الشرياني
- قصور قلبي يساري أو كلي نتيجة لارتفاع ضغط الدم
- اضطراب نبضات القلب
- ضيق التنفس عند أي مجهود

- أعراض هضمية:

- فقدان الشهية
- حروق معدية والآم هضمية
- غثيان
- تقيؤ
- انتفاخ
- إسهال مصحوب بدم

- أعراض دورية:

- فقر الدم
- اضطرابات تخثر الدم
- نقص المناعة
- هبوط الرغبة الجنسية واضطرابات العادة الشهرية عند الإناث

- أعراض بولية:

- شحوب البول وقلة كميته وتركيزه
- عدم استقرار الـــ PH
- كثرة التبول أثناء الليل

- ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الكالسيوم في البول والدم
- وجود الدم في البول
- تغير في تركيب البول.

- أعراض عصبية:

- حوادث وعائية دماغية خاصة في حالة ارتفاع الضغط الدموي
- حوادث عصبية نفسية لها علاقة بالتسمم الدوائي
- رعشة الأطراف
- تشنجات عضلية
- اضطرابات الوعي وتظهر في المراحل الأخيرة من المرض وتتجلى في هذيان وفقدان الوعي ونوبات تشنج وصرع.

- أعراض عظمية:

- هشاشة العظام عند الراشد وكساح عند الأطفال
- التهاب ألياف العظام، إضافة إلى هذه الأعراض يمكن أيضا ظهور ما يلي:
- هزال

- انخفاض حرارة الجسم على الحرارة العادية

(محمد علي هاشم، 1989، ص78)

4.2- <u>أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن</u>: تتعدد أسباب الإصابة بالقصور الكلوي المزمن ولكننا يمكن أن نصنفها حسب نوعها إلى أسباب تكوينية وأخرى مكتسبة

- **الأسباب التكوينية:** وتتمثل في ما يلي :
  - تشوه الكلى أو المجاري البولية
  - مرض وراثي في الكلية
  - كلية متعددة الأكياس
  - التهاب المصفيات المزمن (متلازمة البورت)
  - اضطراب الأيض كداء النقرس وهو احد الاضطرابات التي تمس الأيض حيث يتراكم حمض البوليك الناتج عن التمثيل الغذائي للبروتينات التي وجب أن يتخلص منها الجسم بإخراجها بواسطة الكليتين، فإذا أنتج الجسم كميات تفوق قدرة الكليتين على معالجتها يختل التوازن وقد يؤدي ذلك إلى القصور الكلوي. **(Bernard Béranger, 1989)**

- انسداد المجاري البولية لعدة أسباب منها وجود حصيات أو تضخم البروستات أو وجود ضيق في مجرى البول ولا يعرف السبب الحقيقي لتكون الحصى ولكن هناك من الأشخاص ممن لديهم الاستعداد لتبلور المواد مثل اكسلات البوتاسيوم وحامض البوليك فتتكون النواة الحصوية ثم يزداد الترسب على هذه النواة.

- **الأسباب المكتسبة:** وتتمثل في ما يلي:

- **التهاب كييبيات الكلى المزمن:** وهي إصابة الكلى على مستوى الكييبيات واضطراب وظيفتها في تصفية الدم، ويبقى سبب هذا الالتهاب غير معروف، إلا أن إصابة الجسم بالميكروبات يؤدي إلى اختلال في الجهاز المناعي للجسم لتتكون مولدات الأجسام المضادة ومنه يقوم الجسم بتكوين مضادات الأجسام ليترسب الناتج في أغشية الكييبيات الكلوية. **(Aline et all, 1994)**
- **التهاب حوض الكلية المزمن:** وهو احد أهم الأسباب في الإصابة بالمرض ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة المبكرة، أين يظهر عيب خلقي
في الحالب مما يؤدي إلى ارتجاع البول من المثانة إلى الحالب.
- **الضغط الدموي المرتفع ومرض السكري :** يؤدي ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري لدى بعض المرضى إلى الإصابة بالعجز الكلوي لأن إصابة الفرد بارتفاع ضغط الدم أو السكري تؤدي مع مرور الوقت إلى ضيق الشرايين المغذية للكلية وبالتالي يحصل ضمور في منطقة القشرة (cortex rénal) وهو ما يؤدي إلى العجز الكلوي.
- **الاستخدام المفرط لبعض الأدوية:** إن الإفراط في استخدام الأدوية وخاصة المسكنات ومضادات الالتهاب لفترة طويلة وبجرعات كبيرة من أهم الأسباب المؤدية للقصور الكلوي حيث أنها تصيب نخاع الكلية وحوضها وتؤدي إلى تلفها ومن بين هذه الأدوية نذكر :
  - الأدوية المسكنة مثل البراسيتامول والأسبرين
  - أدوية الروماتيزم مثل الفيتوبروفينو الاندوميتاسشيون
  - بعض المضادات الحيوية وأهمها مشتقات الامينوجليكوزيد
  - الصابغات المستعملة في الاشعة
  - الأدوية المستخدمة في علاج السرطان
  - الأدوية المستخدمة في التخدير

(محمد علي البار، 1992،ص 49)

5.2- <u>الآثار الناجمة عن الإصابة بالقصور الكلوي المزمن واحتياجات المريض</u>:
للإصابة بهذا المرض آثار نفسية واجتماعية واقتصادية تعوق أداء المريض لوظائف في حياته اليومية.

- **الآثار النفسية المتعلقة بالفرد المصاب:** يعيش المصاب بالقصور الكلوي حالة نفسية صعبة ناتجة عن اضطراره إلى ملازمة آلة التصفية التي تعوض عضوا من أعضاء جسمه فقد فعاليته، وهو بذلك يواجه قلقا كبيرا وصعوبات في التكيف الذي ينتج من الإحباطات التي يعاني منها جسمه في صورة ذاته التي أتلفت. (إقبال إبراهيم مخلوف،2005)

- **الآثار النفسية وسوء التوافق مع الأسرة:** يمر المريض وأسرته بعد الإصابة بالمرض بعدة مراحل هي مرحلة الصدمة، مرحلة الإنكار، مرحلة الخوف، مرحلة الإحباط، حيث تتضارب المشاعر التي يسودها الشعور بالذنب والخوف من المستقبل. **(إقبال إبراهيم مخلوف، 2005)**

- **الآثار النفسية وسوء التوافق مع المجتمع:** يعاني مريض القصور الكلوي من سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية فيلجا بذلك إلى العزلة وعدم الرغبة في مشاركة الآخرين، وسوء التكيف هذا ناتج عن الصعوبات والمشاكل التي يعانيها المريض مع مجتمعه والتي نذكر من بينها :

- **عدم القدرة على العمل:** مريض القصور الكلوي لا يستطيع العمل في مهنة تتطلب جهدا كبيرا مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى بقائه دون عمل.

- **العــزلة:** نظرا لان المريض لا يتقاسم نفس الاهتمامات مع الآخرين نتيجة انشغاله الدائم بوضعه الصحي، كما انه يشعر أن المجتمع ينظر إليه على أنه شخص عاجز يشكل عبئا عليه، وفي غياب الحل الأمثل وعدم القدرة على تحقيق التكيف مع الوضع يفضل المريض العزلة **(عادل حلواني، 2000، ص ص 57 ،59)**

- **الحساسية:** غالبا ما يكون المريض شديد الحساسية مما يتسبب في نزاعات مع أفراد الأسرة والمحيط **(احمد عبد الخالق، 2008، ص107).**

- **الآثار الصحية:** إن المرضى بأمراض الكلى يفقدون الكثير من قدراتهم الجسمية والقدرة الجنسية إحداها، حيث لوحظ أن المريض بالقصور الكلوي المزمن والذي يخضع لعملية التصفية تنقص قدرته الجنسية تدريجيا وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية إن كان متزوجا **(عبد المنعم حنفي، 1992، ص 111).**

- **<u>احتياجات المريض</u>:** يحتاج المريض بالقصور الكلوي إلى رعاية نفسية ومتابعة طبية واهتمام خاص بغذائه.

- **<u>احتياجات بيولوجية وطبية</u>** : وتتمثل في دليل خاص بالغذاء يحتوي

على توضيحات تمكن مرضى القصور الكلوي من الحفاظ على سلوك غذائي صحي يمنع المضاعفات، كما تتمثل أيضا في الأدوية وآلات التصفية

- **<u>الاحتياجات النفسيـــة</u>** : إن الاهتمام بالعوامل النفسية عند المصـــاب بالقصور الكلوي من شانه أن يخلص المريض من الشعور بالقلق والاحباط الناتجان عن عدم الشعور بالأمن والخوف من الموت ،لذلك نجد مريض القصور الكلوي بحاجة إلى الرعاية النفسية التي تمكنه من التكيف مع مرضه (**عادل حلواني وآخرون، 2000، ص 60).**

6.2- <u>علاج مرض القصور الكلوي المزمن</u>: لا يوجـد عـــلاج نهائـــي لمـــرض القصور الكلوي لذلك نجد كل الجهود منصبة لتحقيق هدفين هما:

- إبطاء تطور المرض وتمكين المريض من تفادي الخضوع لعملية التصفية لمدة أطول.
- علاج آثار وانعكاسات القصور الكلوي المزمن في مرحلته النهائية بالاعتماد على برنامج مكثف يشمل على ما يلي:

- **الحمية:** تقدم للمريـــض مجموعـــة مـــن الإرشادات والتوجيهات المتعلقة بالنظام الجديد الذي سوف يتبناه لان هذا المرض يؤثر على مختلف الأجهزة في الجسم، كما أن عملية تصفية الدم لا تكون فعالة إلا بإتباع حمية مدروسة وخاضعة لشروط صحية وهي كما يلي:

- التقليل من المواد البروتيدية protide ويمكن فقط اخذ كمية تقدر بـــ 0.8 غ يوميا من اجل التقليل من كمية الفسفور، اليوري، والكالسيوم.
- الإنقاص من المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من البوتاسيوم مثل الفواكه والشوكولاطة.
- اخذ كميات من الماء والصوديوم تتناسب مع نوع القصور الكلوي وأسبابه ومرحلته فمثلا:

- الإنقاص في حالة تناذر néphrotique وعندما يكون المريض مازال محتفظا بمنعكس التبول **(كريستون وطومسون ، ص ص 112،113)**

- الأدوية: يتناول المريض بالقصور الكلوي مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات والانعكاسات الناتجة عن المرض وكدعم للعلاج الأساسي (تصفية الدم) والتي من بينها:

- أدوية calcium أو renégat في المراحل الأولى مـــن المرض إضافة إلى فيتامين D لتعويض نقص الكالسيوم وزيادة الفسفور
- أدوية خافضة للضغط الدموي les hypotenseurs ومن اجل خفض زيادة اليوري يبحث الطبيب عن التجاوزات التي يقوم بها المريض في حميته

- **تصفية الدم:** ظهرت تقنية تصفية الدم سنة 1942 في هولندا، وتطورت سنة 1960 بعدما اكتشف الباحثان W . Ouinton و B. H Scribner. مبدأ court-circuit ويتمثل في أنبوبة يتم تركيبها بين الشريان والوريد artirio – veineux في الساعد ويتم استعمالها بوصلها بجهاز الكلية الاصطناعية، وقد توصل الباحث cimino من جامعة نيويورك إلى طريقة لإيصال الدم إلى الأنابيب الموجودة في الآلة عن طريق الناصور (fistule Artério veineuse) (FNA) ، ويتم ذلك عن طريق عملية جراحية يجريها الطبيب المختص على مستوى الساعد بين الوريد والشريان، وبعد حوالي ثلاثة أسابيع تتضخم أوردة الساعد لتسمح باختراقها بإبرة هي التي تنقل الدم إلى جهاز الكلية الاصطناعية.

- **تعريف عملية التصفية hémodialyse:**

هي كلمة تتكون من جزئين hémo وتعني الدم و dialyse وتعني التصفية وهي تقنية تستخدم من اجل علاج مرضى القصور الكلوي الذين وصلوا إلى المرحلة النهائية وفيها يعمل جهاز التصفية وفق نظام توازن الأملاح في الدم والمواد الذائبة في الماء ويعيدها إلى مستواها الطبيعي، وهذا الجهاز مزود بآلية تسمح بالترشيح وخروج الماء من الدم (**محمد الصبور، 1994، ص 89**).

- **تعريف P. Jungers 1988:**

هي عملية تبادل بين دم المريض والية التصفية التي تحتوي على مركبات كهربائية composition électrique والتي تعوض البلازما plasma وتسمح بتشكيل غشاء نفوذ (P. Jungers,1988)، وهي طريقة لتطهير وتنقية أو تحليل كميائي مبني على خاصية أن بعض الأجسام تحترق أو تنفذ بسهولة أكثر من أجسام اخرى داخل الأغشية الحساسة، وعملية التنقية هذه من الناحية العلاجية هي طريقة لمساعدة الكلى العاجزة للتغلب على القصور الكلوي المزمن، حيث أن دم المريض يحتوي على فضلات لا تستطيع الكلية المريضة التخلص منها فتأتي عملية التصفية dialyse التي تعتمد على التبادلات بين دم المريض ومحلول التصفية وهو محلول ذو تركيب مشابه لمحلول البلازما مما يسمح بالتصفية **(Claude Naudine,1995)**

- **مكونات جهاز تصفية الدم:**

- **الحوض bain de dialyse** : وهو جهاز يسمح بالحفاظ على درجة حرارة الحوض ونقائه والحفاظ على التدفق المستمر المنتظم والحفاظ على الضغط، أي يسمح بان يكون الوسط مثل الدم من حيث درجة الحرارة 38° والضغط وتركيبه.
- **محلول الحوض dialysat** : والذي يسمح بالتصفية ويكون خاليا من الفضلات ويحتوي على القليل من شوارد H^+, K^+, Na^+ ويتكون من ماء معالج خال من المعادن (الألمنيوم والكالسيوم).

- **الغشاء نصف النفاذ membrane dialysant:** يسمح بمرور الفضلات والبولة و Na+, K+ ,H+ ولكنه غير نفوذ للبروتينات وكريات الدم الحمراء والبيضاء وغيرها.
- **مقر التصفية dialyseur** : ويحتوي على وسطين (الدم ومحلول الحوض) منفصلين بواسطة غشاء نفوذ، حيث يتم خروج شوارد Na+, K+ ,H+ من الدم حتى يصبح تركيزها متساويا وعاديا مع تركيز ماء الحوض عن طريق ظاهرة الانتشار الاسموزي لتخرج الفضلات من الدم إلى الحوض.

(Alain et all, 1993)

خلاصة :

إن الإصابة بمرض القصور الكلوي المزمن كثيرا ما يكون نتيجة لأمراض أخرى كالإصابة بمرض السكري ، أو ارتفاع الضغط الدموي ، فكثير من المرضى لا يدركون مضاعفات هذه الأمراض المذكورة والتي قد تسبب لهم أمراض أخرى أهمها مرض القصور الكلوي المزمن ، كما قد يتأتى هذا المرض نتيجة إختلالات في الكلية أو لأمراض المسالك البولية .

لهذا فإن الفحوصات المبكرة و الدورية مهمة في الكشف عن بداية المرض قبل تطوره ، لأن تلقي العلاج في بداية ظهور المرض قد يفيد كثيرا في علاجه وتجنب إزمانه .

أما المرضى المصابين بالسكري أو ارتفاع الضغط الدموي فلا بد لهم من المتابعة الطبية الدورية المستمرة مع الالتزام بتناول الأدوية و المواظبة على السلوكيات الصحية تجنبا لإصابة من بمرض القصور الكلوي المزمن .

الجانب الميداني

الفصل الخامس

منهج وإجراءات الدراسة

1 – الدراسة الاستطلاعية

2.1 : عينة الدراسة

2 – منهج الدراسة

3 – أدوات الدراسة

1.3 : استبيان توقعات الفعالية العامة RalF Schwarzer

2.3 : استبيان توقعات الفعالية العامة في صيغته المعربة

3.3 : استبيان الانضباط الصحي

4 – الدراسة الأساسية

1.4 : حدود الدراسة الأساسية

1.1.4 : الحدود المكانية

2.1.4 : الحدود الزمانية

3.1.4 : الحدود البشرية

5 – أدوات الدراسة الأساسية

6– الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

1 – الدراسة الاستطلاعية :

لكون عينة البحث من فئة مرضى القصور الكلوي المزمن الذين يخضعون بصفة دائمة لعملية تصفية الدم " الغسيل الكلوي " فقد تمت الدراسة الاستطلاعية بمصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بنقاوس، وبعد موافقة رئيس الأطباء بالجناح وإطلاعنا على الحالات الموجودة في المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرفنا على المرضى بمساعدة الأخصائية النفسانية العاملة بالمصلحة، وعرفنا المرضى على دورنا والهدف من العمل معهم، وقد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى :

- التعرف على الظر وف التي ستتم فيها الدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الطالب في الميدان.
- التعرف على خصائص العينة.
- تطبيق مقياس فعالية الذات .
- تطبيق استبيان الانضباط الصحي.

2.1.عينة الدراسة الاستطلاعية :

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها (**عبيدان وآخرون ،1999، ص 84**)، وقد تم اختيار العينة الاستطلاعية من مصلحة تصفية الدم لمرضى القصور الكلوي المزمن بالمؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس وهي عينة قصدية، أي أن العينة تلاءم أغراض البحث إذ تم اختيار مرضى القصور الكلوي المزمن بناء على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم وقد اشتملت العينة الاستطلاعية 20 مريض مصابون بالقصور الكلوي المزمن " في مرحلته النهائية " من كلى الجنسين وتتراوح أعمارهم بين 21 سنة و 56 سنة ويمكن أن نورد خصائص العينة الاستطلاعية كما يلي :

عدد أفراد العينة الاستطلاعية	السن	الجنس	نوع المرض
20	21 – 56	ذكور وإناث	القصور الكلوي المزمن

جدول رقم 05 : يبين خصائص العينة الاستطلاعية

2– منهج الدراسة:

يعرف المنهج بأنه مجموعة القواعد العلمية التي تطمح الى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه. (**فيصل عباس ، 1983 ، ص 14**)

كما يعرف المنهج أيضا على أنه الطريق أو المسلك المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة، التي تهيمن على تسيير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة (**بدوي ، 1977، ص 5**) وبما أن موضوع بحثنا هو" الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن " فإن المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعرف على أنه " دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث، وذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة "، فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق تغيرات في عامل واحد مع تغيرات في عامل آخر، وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا كان أو سالبا، أو يرجع إلى الصدفة ... الخ، (**عبد الفتاح محمد دويدار ، 2000 ، ص 179**) والدراسات الارتباطية تهتم بدراسة وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرات البحث، وإيجاد قيمة العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يعرف بمعامل الارتباط .

3 – أدوات الدراسة الاستطلاعية :

لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول الى نتائج موضوعية، وفي دراستنا هذه تم الاعتماد على أداة الاستبيان ويعرف الاستبيان على أنه نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه الى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تقديم الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية، أو أن ترسل عن طريق البريد (**زرواتي ، ص 123**) .

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على استبيانين هما :

استبيان توقعات الفعلية العامة لـــ RalF Schwarzer و استبيان الانضباط الصحي الذي أعده الطالب في إطار هذه الدراسة وقد تم تطبيق الاستبيانين أثناء حصص تصفية الدم والتي تأخذ وقتا كبيرا " 4 ساعات تقريبا، إذ كان التطبيق في بداية حصص التصفية لتجنب الأعراض الجانبية للغسيل من غثيان ودوار أحيانا إذ طبق الاستبيانين فرديا وجماعيا حسب الظروف المتاحة بالمصلحة، وذلك بشرح جيد لكل استبيان خاصة تعليمته.

1.3- استبيان توقعات الفعالية العامة لــ RalF Schwarzer:

- **التعريف بالمقياس** : منذ عام 1981 وشفارتسر يعمل ومجموعته في جامعة برلين بألمانيا على تطوير أداة تشخيصية لقياس الفعالية الذاتية تتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط، وقد اشتملت هذه الأداة على توقعات الفعالية الذاتية العامة والنزوعية ويشير shwarzer et jerusalem

سنة 1989 الى أن سلم توقعات الفعالية الذاتية العامة يقيس قناعات وإمكانات الضبط الذاتي أو توقعات الفعالية في مواقف المتطلبات الاجتماعية، ومواقف الانجاز، أي بتعبير آخر يقيس الاستبيان مسألة التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من مشكلات الحياة .

إذ كان الاستبيان المطور في 1981 يحتوي على 20 بندا تم تخفيضها في عام 1986 الى 10 بنود فقط وسمي " توقعات الكفاءة الذاتية العامة " وقد ترجمت الصيغة المختصرة للاستبيان الى أكثر من 15 لغة ، وينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بالفعالية الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتصف بصفات العمومية والتغيير والتنبؤ، بأنماط السلوك الصحي ..... الخ .

2.3- استبيان توقعات الفعالية الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان :

قام الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري القياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها واختبارها على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها الاستبيان عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، وترجمت الصيغة الانجليزية بالمقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الانجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، واستيضاح مدى دقة الترجمة واستيفائها المعنى، حيث تم بعد ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات، بعد ذلك عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين وغير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى، وإمكانية التطبيق، ولم تجري نتيجة ذلك تعديلات جوهرية تذكر، حيث أجمعت الآراء على صلاحية الاستبيان .

ويقترح مؤلفا المقياس عدم الترجمة الحرفية لبنود المقياس إلى البيئات الأخرى، والى عدم الاقتصار في المعنى السطحي له، وإن أخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار وإعطاء المعنى الجوهري المتناسب، مع كل ثقافة على حدى وهذا ما قام به سامر جميل رضوان.

– وصف المقياس :

يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من " لا، نادرا، غالبا، دائما " ويتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي :

لا ← 1

نادرا ← 2

غالبا ← 3

دائما ← 4

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الفعالية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع توقعات الفعالية الذاتية العامة، وتتراوح مدة تطبيق الاختبار بين 3 إلى 7 دقائق ويمكن إجراء التطبيق بصورة فردية أو جماعية .

3.3- <u>استبيان الانضباط الصحي</u>:

لقد صمم هذا الاستبيان من قبل الطالب، بهدف قياس الانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وهذا بناء على :

- التراث الأدبي من خلال الاطلاع على الكتب والدوريات التي تناولت مرض القصور الكلوي المزمن .
- الاتصال بعدد من الأطباء المختصين في أمراض الكلى وعددهم أربعة من أجل تحديد المحاور الأساسية في الانضباط الصحي لدى مرض القصور الكلوي المزمن .
- الدراسات والمقاييس التي وصفت من طرف الباحثين في هذا المجال ومنها مقياس تقدير الملائمة compliance Rating Scal (CRS) لصاحبه françois mai

وقد قسم الاستبيان الى ستة محاور أساسية هي :

- الالتزام بحصص الغسيل الكلوي " تصفية الدم " .
- الحمية الغذائية .
- شرب السوائل .
- تناول الأدوية .
- المتابعة الطبية .
- النشاط البدني .

ولكل محور من المحاور السابقة يشمل مجموعة من البنود وكل بند تكون الإجابة عليه من طرف المريض بواحدة من البدائل الآتية : دائما، أحيانا، نادرا .

ويكون تنقيط البدائل كما يلي :

دائما ← 3 نقاط

أحيانا ← 2 نقاط

نادرا ـــــــــــــــ◄ 1 نقطة

وقد كانت بنود الاستبيان حسب المحاور المذكورة سالفا كما يلي وهذا قبل عرضها على المحكمين .

- **المحور الأول : الالتزام بحصص تصفية الدم .**

1. أداوم على حصص تصفية الدم " الغسيل الكلوي " باستمرار .
2. التزم بحصص تصفية الدم رغم أنها تتعبني كثيرا .
3. أكمل حصص تصفية الدم رغم وقتها الطويل .
4. لا أنسى مواعيد حصص تصفية الدم .

- **المحور الثاني : الحمية الغذائية**

1 – أعلم بأنني بحاجة الى حمية غذائية خاصة .

2 – التزم بالكمية المحددة من الفواكه مثل : الموز ، التفاح ، التمر كما حددها لي الطبيب

3 – عندما أكون على مائدة الطعام أتقيد بحميتي الغذائية الخاصة .

4 – في المناسبات والأعياد أتناول الأطعمة التي تناسب حالتي الصحية .

5 – أتناول خبزي بدون ملح .

6 – أمتثل لنظام حمية خاص .

- **المحور الثالث : شرب السوائل**

1 – أدرك ضرورة إنقاص السوائل وأمتثل لذلك جيدا

2 – أتقيد بشرب الكمية المحددة من السوائل (الماء والمشروبات) .

3 – رغم الحرارة العالية في الصيف لا أتجاوز الكمية المحددة من الماء وباقي السوائل .

4 – أتجنب أكل العنب والبطيخ في الصيف لاحتوائها كمية كبيرة من الماء .

5 – أحاول دائما الإنقاص من السوائل خاصة في نهاية الأسبوع .

- **المحور الرابع : تناول الأدوية**

1 – أتناول دوائي في الوقت المحدد

2 – أتناول دوائي حسب الكمية المحددة من طرف الطبيب .

3 – أتذكر تناول دوائي

4 – آخذ أدويتي معي عند غيابي عن المنزل .

5 – أشتري أدويتي باستمرار في الوقت المحدد

6 – أحرص على تجديد وثائق بطاقة الشفاء لضمان حصولي على الأدوية في وقتها.

المحور الخامس : المتابعة الطبية

1 – أداوم على الفحوصات الطبية الدورية بانتظام

2 – أقوم بالفحوصات الطبية المتخصصة الأخرى إذا ما طلب مني طبيبي المعالج ذلك .

3 – أجري جميع التحاليل الطبية وأي فحص بالأشعة يطلبه مني طبيبي المعالج .
4 – عند شعوري بأن حالتي الصحية غير طبيعية استشير طبيبي المعالج
5 – لا أتناول الأدوية دون وصفة طبية .

– **المحور السادس : النشاط البدني**

1 – أعلم أن مرضي يتطلب مني نشاطا بدنيا ضعيفا لهذا لا أجهد نفسي كثيرا
2 – أتجنب الأعمال التي تتطلب مجهودا عضليا وبدنيا كبيرا
3 – أنظم نشاطي البدني حتى لا تحدث لي مضاعفات نتيجة ذلك
4– للضرورة الصحية أسير نصف ساعة يوميا.
5 – لا أجهد نفسي كثيرا
6 – لا أمارس الأنشطة الرياضية المتعبة

1.3.3– صدق المحكميـــن

وبعد عرض الاستبيان على المحكمين : تم حذف عبارتين

1 – العبارة رقم 5 من النشاط البدني " لا أجهد نفسي كثيرا " لكونها عبارة مكررة وتعبر على نفس معنى العبارة رقم 2 .

2 – العبارة رقم 5 " الحمية الغذائية " أتناول خبزي بدون ملح " لكونها لا تقيس ما وضعت من أجله حسب الأطباء المختصين .

كما تم تعديل في بعض العبارات من طرف المحكمين كما يلي :

– لا أنسى مواعيد حصص تصفية الدم وعدلت على النحو التالي : أتذكر مواعيد حصص تصفية الدم

– لا أنسى تناول دوائي في الوقت المحدد، وعدلت على النحو التالي: أتذكر تناول دوائي في الوقت المحدد

كما تم حساب صدقة المحكمين اعتمادا على معادلة لوشي وعبارتها كالآتي :

$$ص_م = \frac{ن_م - \frac{ن}{2}}{\frac{ن}{2}}$$

حيث :

ص م : صدق المحكمين

ن م : عدد المحكمين الذين اعتبروا العبارة تقيس

ن : العدد الكلي للمحكمين

وعند تطبيق معادلة لوشي لصدقة المحكمين تبين أن بنود الاستبيان صادقة ، حيث أن: ص م > 0.05 مما يؤكد بأن البنود الموضوعة صادقة في قياسها .

وقد عرض استبيان الانضباط الصحي الذي أعده الطالب على المحكمين التالية أسمائهم :

1 – لونيس علي : أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة سطيف
2 – بن غظفة شريفة : أستاذة محاضرة أ : بقسم علم النفس بجامعة سطيف
3 – سامعي توفيق : أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة سطيف
4 – بوغرورة أحمد : طبيب مختص في أمراض الكلى، المؤسسة العمومية الاستشفائية – نقاوس –
5 – فراح عماد : طبيب مختص في أمراض الكلى، عيادة صافي ميدياليز –باتنة
6 – موني فخر الدين : طبيب عام، قسم تصفية الدم، المؤسسة العمومية الاستشفائية – نقاوس –
7 – بوقصة عمر : دكتور في علم النفس، أستاذ بجامعة باتنة قسم علم النفس.

وهكذا تم إخراج الاستبيان في صورته المعدلة على النحو التالي، وهذا طبعا بعد ترتيب البنود بطريقة عشوائية حتى لا يتبين للمفحوص البعد الذي تعنيه كل عبارة، وتوزعت بنود الاستبيان كما يلي :

- **المحور الأول** : الالتزام بحصص تصفية الدم واشتمل على البنود : 1، 7 ، 13 ، 19
- **المحور الثاني** : الحمية الغذائية، واشتمل على البنود : 2 ، 8 ، 14 ، 20 ، 26 .
- **المحور الثالث** : شرب السوائل، واشتمل على البنود : 3 ، 9 ، 15 ، 21 ، 27 .
- **المحور الرابع** : تناول الأدوية، واشتمل على البنود : 4 ، 10 ، 16 ، 22 ، 25 .
- **المحور الخامس** : المتابعة الطبية، واشتمل على البنود : 5 ، 11 ، 17 ، 23 ، 28 ، 29 .
- **المحور السادس** : النشاط البدني، واشتمل على البنود : 6 ، 12 ، 18 ، 24 ، 30 .

2.3.3- الثبات:

يقصد بثبات الاختبار أنه يعطي نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيقه على نفس العينة وفي نفس الظروف ، وقد تم حساب ثبات الاستبيانين على أفراد العينة الاستطلاعية حيث كانت الفترة بين التطبيق الأول والثاني تقدر بـــ 15 يوما ، فكانت النتائج كالتالي:

- **ثبات استبيان فعالية الذات** : معامل الارتباط بيرسون : 0.976 وهو دال عند 0.01 ومنه فالاستبيان ثابت بنسبة كبيرة تقترب من 1
- **ثبات استبيان الانضباط الصحي** : معامل الارتباط بيرسون : 0.947 وهو دال عند القيمة 0.01 ومنه فالاستبيان ثابت بنسبة كبيرة تقترب من 1 .

4. الدراسة الأساسية :

تهدف الدراسة الحالية إلى حل الإشكالية المطروحة والإجابة عليها من خلال الفرضيات المصاغة حول دراستنا على عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن ، وذلك بإتباع خطوات منهجية مبينين فيها عينة الدراسة وأدواتها والخصائص السيكومترية لأدوات القياس وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .

1.4- حدود الدراسة الأساسية

1.1.4- الحدود المكانية :

أجريت الدراسة الأساسية في ثلاث أماكن متفرقة وهي :

– مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية نقاوس ولاية باتنة .

– مصلحة تصفية الدم بالمؤسسة الاستشفائية بريكة ولاية باتنة .

– عيادة" صافي ميدياليز "وهي عيادة خاصة متعاقدة مع صندوق الضمان الاجتماعي - باتنة -

2.1.4- الحدود الزمانية

– امتدت الدراسة الأساسية في الفترة الزمانية 2011/06/15 الى 2011/07/20 .

3.1.4- الحدود البشرية :

– **<u>عينة البحث</u>** :

اشتملت عينة الدراسة على 124 مريضا مصابا بالقصور الكلوي المزمن موزعين على المصالح المذكورة سالفا، وكانت عينة دراستنا تشمل المرضى من كلى الجنسين ذكورا وإناثا، أما العمر فكان أفراد العينة بين 19 سنة و 61 سنة .

وقد تم اختيار العينة اعتمادا على :

– ملفات المرضى

– تشخيص الطبيب المعالج

5 – <u>أدوات الدراسة الأساسية</u>:

اعتمد الطالب في الدراسة الأساسية على أداتين هما:

– مقياس توقعات الفعالية العامة في صيغتها المعربة – سامر جميل رضوان –

– استبيان الانضباط الصحي من تصميم الطالب

حيث تم تطبيق الأداتين أحيانا فرديا وأحيانا جماعيا حسب الظروف المتاحة بالمؤسسات التي طبقنا فيها، وهذا بتوزيع الأداتين ملصقتين مع بعضهما البعض، مع إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى، إذ تم عزل 10 حالات من مجموع 124 حالة وهذا لعدم إجابتهم على كل أسئلة الاستبيانين.

6 – <u>الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة</u> :

تم الاعتماد في هذه الدراسة على برنامج (SPSS 18.0)، الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية من خلال :

- معادلة بيرسون للارتباط.
- معامل ألفا كرو نباخ.
- التكرارات.

الفصـــل الســـادس

عرض و منـاقشة نتائج الدراسة

1. عــرض النتائـــج
2. منـاقشـــة نتائـــج الدراســـة

1. عـــرض النتائــــج:

يمكن تلخيص نتائج دراستنا وفقا لترتيب فرضيات الدراسة كما يلي:

- **تذكير بالفرضية الجزئية الأولى:**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والالتزام بحصص تصفية الدم (الغسيل الكلوي) لدى مرضي القصور الكلوي المزمن "

- **النتائـــــج :**

قام الطالب بدراسة الفرضية الجزئية الاولى باستخدام معامل الارتباط "بيرسون"، بين الفعالية الذاتية و الالتزام بحصص تصفية الدم لدى 114 مريض و الجدول التالي يبين نتائج الفرضية الجزئية الاولى :

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الفعالية الذاتية	114	0.424	0.01	دالـــة
الالتزام بحصص التصفية				

جدول رقم 06 : يبين نتائج الفرضية الجزئية الاولى.

- **تحليـــل الجـــدول**

نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.424) ، وهذا يعني أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية الالتزام بحصص تصفية الدم وهي دالة عند القيمة 0.01 ومنه فالفرضية الأولى تحققت .

- **تذكير بالفرضية الجزئية الثانية :**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "

- **النتائـــــج :** قام الطالب بدراسة الفرضيـــة الجزئيـــة الثانيـــة باستخـــدام معامـــل الارتباط"بيرسون"، بين درجات الفعالية الذاتية ودرجات إتباع الحمية الغذائية لدى 114 مريض و الجدول التالي يبين نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

الدلالة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة	المتغيرات
دالـــة	0.01	0.279	114	الفعالية الذاتية إتباع الحمية الغذائية

جدول رقم 07 : يبين نتائج الفرضية الجزئية الثانية

- **تحليل الجدول**

نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.279) ، وهذا يعني أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية و إتباع الحمية الغذائية وهي دالة عند القيمة 0.01 ومنه فالفرضية الثانية تحققت .

- **تذكير بالفرضية الجزئية الثالثة:**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية و الانقاص من تناول السوائل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "

- **النتائــج :** دراسة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة تمت أيضا باستخدام معامـل الارتباط " بيرسون " بين درجات الفعالية الذاتية ودرجات الإنقاص من تناول السوائل الدراسة والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

الدلالة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة	المتغيرات
دالـــــة	0.01	0.433	114	الفعالية الذاتية الإنقاص من تناول السوائل

جدول رقم 08 : يبين نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

- **تحليل الجدول**

يتضح من خلال الجدول أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية و الإنقاص من تناول السوائل (معامل الارتباط بيرسون ر = 0.433) ، وهي دالة عند القيمة 0.01 ومنه فالفرضية الجزئية الثالثة تحققت .

- **تذكير بالفرضية الجزئية الرابعة:**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "

- **النتائج :** تمت دراسة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة باستخدام معامل الارتباط "

" بيرسون " بين درجات الفعالية الذاتية ودرجات تناول الأدوية على عينة الدراسة والجدول التالي يبين نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الفعالية الذاتية / تناول الأدوية	114	0.338	0.01	دالـــة

جدول رقم 09 : يبين نتائج الفرضية الجزئية الرابعة .

- **تحليل الجدول**

نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.338) ، وهذا يعني أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وتناول الأدوية وهي دالة عند القيمة 0.01 ومنه فالفرضية الرابعة تحققت .

- **تذكير بالفرضية الجزئية الخامسة :**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "

- **النتائج :** تمت دراسة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة باستخدام معامل الارتباط بيرسون بين درجات الفعالية الذاتية ودرجات المتابعة الطبية على عينة الدراسة وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي :

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الفعالية الذاتية / المتابعة الطبية	114	0.426	0.01	دالـــة

جدول رقم 10 : يبين نتائج الفرضية الخامسة

▪ **تحليـــل الجـــدول:**

نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.426) وهذا يعني أنه هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية ، وهي دالة عند القيمة 0.01 ومنه فالفرضية الجزئية الخامسة تحققت .

▪ **تذكير بالفرضية الجزئية السادسة:**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن " .

▪ **النتائـــج :**

تمت دراسة نتائج الفرضية الجزئية السادسة باستخدام معامل الارتباط بيرسون بين درجات الفعالية الذاتية ودرجات النشاط البدني وجاءت النتائج على النحو التالي

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الفعالية الذاتية النشاط البدني عدم لإجهاد	114	0.304	0.01	دالـــة

جدول رقم 11 : يبين نتائج الفرضية الجزئية السادسة

▪ **تحليل الجدول :**

نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.304) ، وهذا يعني أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وعدم الإجهاد البدني ، وهي دالة عند القيمة 0.01 ومنه فالفرضية الجزئية السادسة تحققت .

▪ **تذكير بالفرضية العامة :**

" توجد علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن " .

▪ **النتائج :** قام الطالب بدراسة الفرضية العامة باستخدام معامل الارتباط بيرسون بين درجات الفعالية الذاتية ودرجات الانضباط الصحي لدى عينة الدراسة ، والجدول التالي بين نتائج الفرضية العامة .

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الفعالية الذاتية الانضباط الصحي	114	0.435	0.01	دالـــة

جـــدول رقـــم 12 : يبين نتائج الفرضية العامة

▪ **تحليل الجدول** : نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.435) وهذا يعني أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى عينة الدراسة المتمثلة في فئة ولمرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وهي دالة عند القيمة 0.01

ومنه فإن الفرضية العامة تحققت .

2 – مناقشة نتائج الدراسة

▪ **مناقشة الفرضية الجزئية الأولى :**

دلت نتائج معامل بيرسون (ر = 0.424) على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط بحصص تصفية الدم لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، ومنه فإن الفرضية الجزئية الأولى تحققت، وهي نتيجة تتفق مع نتائج دراسة **chnstensenst et Allan ; 2000**) التي تؤكد على دور المعتقدات التي يكونها مرضى القصور الكلوي حول مرضهم والتي تحدد سلوك المواظبة على حصص تصفية الدم ، إذ يؤكد الباحثان على أن هناك بعض المؤثرات التي تنبئ بسلوك الانضباط أهمها المعتقدات الخاصة بالصحة والمرض وما مدى قدرة المرضى على تطبيق هذه المعتقدات ، كما تتفق نتائج الفرضية الجزئية الأولى مع التراث الأدبي حول نموذج المعتقدات الصحية (Rosenstook) فيما يخص التهديد المدرك والذي يتضمن الفهم الشخصي والإحساس بالخطر الذي يهدد الصحة ، فالمريض بالقصور الكلوي المزمن مجبر على إجراء حصص تصفية الدم من أجل الاستمرار في الحياة إذ أنه يدرك أن عدم الإلتزام على حصص تصفية الدم قد تؤدي به الى الوفاة وهذا ما يتفق أيضا مع نموذج المعتقدات الصحية حول إدراك الموانع أي النتائج السلبية المترتبة عن سلوكات عدم المحافظة على الصحة .

▪ **مناقشة الفرضية الجزئية الثانية :**

أثناء استخلاص نتائج الفرضية الجزئية الثانية ، تبين أنه توجد علاقة ارتباطية (ر = 0.279) وهي دالة احصائيا عند 0.01 ، ومنه فإن الفرضية الجزئية الثانية تحققت، أي أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية و إتباع الحمية الغذائية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وهذا ما يتفق مع دراسة **(Dodge et clark ; 199)** على عينة من 570 امرأة مسنة مصابات بمرض القلب حيث أسفرت نتائجها على أن فاعلية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاقة الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية ومن تلك السلوكيات نذكر إتباع الحمية الغذائية ، تناول الأدوية .... **(عثمان يخلف ، 2001 ، ص 115)** ، لكن نلاحظ أن معامل الارتباط ليس قويا جدا بين الفعالية الذاتية وإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .وهذا ما يعني بالنسبة للطالب أن هناك عوامل أخرى قد يكون لها تأثير في إتباع الحمية لدى المريض لكونه يخضع الى تصفية الدم كل يومين وبالتالي التخلص من المواد الضارة لصحته .

- **<u>مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة</u> :**

أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة وجود علاقة ارتباطية موجبة عند المستوى 0.01 بين الفعالية الذاتية والإنقاص من تناول السوائل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بمعامل ارتباط يساوي 0.433، وهذا ما يعني أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت.
فالإنقاص من شرب السوائل من أكبر التحديات التي تواجه المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن خاصة في فصل الصيف ، فالدلائل العلمية تؤكد بأن الاعتقاد بالسيطرة والإحساس بالفعالية الذاتية بالنسبة للمريض تجعله يسيطر على مرضه، ويتكيف معه بصورة أفضل ممن لم يكن لديه مثل هذا الاعتقاد، إذ أشارت الدراسات والبحوث حول عدة أمراض مزمنة كالتهاب المفاصل، ومرضى فقدان المناعة ، والمرضى المصابين باحتشاء القلب **(Helgeson et fritz ; 1999)** أن تكيفهم يكون أسهل حين يدركون أنهم يسيطرون على مرضهم ، وهكذا فالسيطرة الذاتية لا تساعد في التعامل مع الاضطرابات الحادة ومعالجتها فحسب ، وإنما في التعامل مع التدهور بعيد المدى والناجم عن المرض المزمن أيضا (**شلي تايلور ، 2000 ، ص 640**) .

- **مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة :**

دلت نتائج الفرضية الجزئية الرابعة الى أن معامل الارتباط بيرسون (ر = 0.338) وبالتالي توجد علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات والانتظام في تناول الأدوية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، وقد جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع نتائج الدراسة التي قام بها **(Dodge et clark ; 1999)** حول فاعلية الذات وإدارة المرض وقد كانت الدراسة حول 570 امرأة مسنة مصابة بمرض القلب حيث أسفرت نتائجها على أن فاعلية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية، ومن تلك السلوكيات نذكر الالتزام بالوصفة الطبية ، وتناول الأدوية وممارسة النشاط البدني (**عثمان يخلف، 2001، ص 115**)
كما جاءت نتائج دراستنا هنا مناقضة لدراسة **(Sidy med sek et al 2008)**، والتي تناولت موضوع الانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الغير خاضعين لتصفية الدم بصحراء إفريقيا ، وقد توصلت نتائج الدراسة الى أن الانضباط الصحي منخفض نتيجة عدة عوامل منها : التعقيد في استعمال مقادير للدواء، ولكن حسب رأي الطالب تبقى هذه الدراسة بعيدة عن موضوع درسنا كون مرضى الكلى المزمن الغير خاضعين لتصفية الدم يبقون بعيدين عن المتابعة الطبية المستمرة عكس المرضى الخاضعين لتصفية الدم والذي لهم لقاءات تصل الى ثلاث مرات في الأسبوع مع الطبيب المعالج وهذا ما قد يكون سببا لفهم مرضهم أكثر وإدراكهم الصحيح للمرض وبالتالي إتباع السلوكيات الصحية المناسبة .

- **<u>مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة</u> :**

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجة بين الفعالية الذاتية والمتابعة الطبية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن بحيث قدر معامل الارتباط بـــ 0.426 ، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها **(Dodg clark)** على مريضات القلب

والتي أكدت دور الفعالية الذاتية في التنبؤ بمدى تنفيذ السلوكيات الصحية الايجابية ومنها المواظبة على المواعيد الطبية والقيام بالتحاليل الطبية المطلوبة من طرف الطبيب .

- **مناقشة الفرضية الجزئية السادسة**

دلت نتائج الفرضية الجزئية السادسة الى وجود علاقة ارتباطية موجبة (ر = 0.304) بين الفاعلية الذاتية وعدم الإجهاد البدني لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وهذا ما يتفق مع ما تناولناه في الجانب النظري حول نظرية المعتقدات الصحية إذ أن ، المريض إذا ما أحس بتهديد مدرك (نشاط بدني كبير) على صحته وبجدية هذا الخطر على صحته وقارنه بالمنافع المدركة والتي تأتي من (عدم الإجهاد البدني) حتما سيدرك نتائج سلوكه وبالتالي تبني سلوكيات صحية وتجنب الإجهاد البدني ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن نتائج دراستنا جاءت موافقة لنتائج دراسة الباحثان (**christesen et Allan 2001**) التي تؤكد أن المعتقدات التي يكونها مرضى القصور.

الكلوي حول مرضهم هي التي تحدد سلوك الانضباط الصحي لديهم إذ أن الإحساس بقوة الفعالية الذاتية يجعل من صاحبه رافعا التحدي للصعوبات التي يواجهها المريض المصاب بالقصور الكلوي فيما يخص تجنب الإجهاد البدني ، إذ أن هناك من المرضى الذين وجدناهم عند قيامنا بهذه الدراسة قد غيروا من مهنهم تجنبا للإجهاد البدني حفاظا على صحتهم .

- **مناقشة الفرضية العامة**

انطلاقا من النتائج المحققة في الفرضيات الجزئية التي أشارت في مجملها الى وجود علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية وكل بعد من أبعاد الانضباط الصحي ، كما دلت نتائج معامل الارتباط بيرسون.

(ر = 0.435) الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، ومنه فإن الفرضية العامة التي مفادها : وجود علاقة ارتباطية بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن قد تحققت ، وهذا يعني أن الفعالية الذاتية والمتمثلة في معتقدات الأفراد حول قدراتهم في ضبط الإحداث التي تؤثر في حياتهم ومدى استعداد الأفراد لتطبيق هذه المهارات في كافة مجالات الحياة وهنا نجد مرضى القصور الكلوي المزمن يواجهون عدة صعوبات منها المواظبة على حصص الغسيل الكلوي 3 مرات في الأسبوع وكذلك إتباع حمية غذائية متوازنة مع ضرورة الإنقاص من الماء وباقي السوائل مع إجبارية تناول الأدوية باستمرار والخضوع للمتابعة الطبية باستمرار .

كل هذه التحديات تجعل من المرضى ذوي الفعالية الذاتية العالية تجدهم يستعملون مهاراتهم المعرفية والسلوكية من أجل المحافظة على صحتهم وتجنب مضاعفات المرض ورغم أن فرضيات الدراسة قد تحققت ، حسب رأي الطالب فإن الانضباط الصحي لا يتأثر بالفعالية الذاتية فقط ، ولكن قد تكون هناك عوامل أخرى مثل إدراك المرض ، والمساندة الاجتماعية ، واستراتيجيات المقاومة فكل هذه العوامل قد يكون لها دور ايجابي في تبني سلوكات صحية لدى هذه الفئة من المرض .

الخاتمـــــة

الخاتمة:

بعد عرض موضوع الدراسة والمتمثل في الفعالية الذاتية علاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن اتضح لنا أهمية الفعالية الذاتية كبعد من أبعاد الشخصية في تبني السلوكات الصحية لدى فئة مرضى القصور الكلوي المزمن.

وقد دلت نتائج الدراسة التي اعتمد فيها الطالب على استبيانين: الأول هو مقياس توقعات الفعالية الذاتية العامة والثاني لقياس الانضباط الصحي على وجود علاقة ارتباطيه بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن عند مستوى الدلالة 0.01 ، وهو ما ترجمه قيمة معامل بيرسون للفرضية العامة 0.435 .

وكذالك دلت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الفعالية الذاتية ومختلف أبعاد الانضباط الصحي من خلال تحقق جميع الفرضيات الجزئية

الاقتراحات

الاقتراحات:

استنادا إلى النتائج المحققة في هذه الدراسة يعرض الطالب جملة من الاقتراحات نلخصها فيما يلي :

1- تشجيع البحث العلمي في مجال الأبعاد النفسية للأمراض المزمنة

2- ضرورة العمل الجماعي (طبيب مختص، طبيب عام، أخصائي نفساني، أخصائي التغذية، ممرض) من اجل إنجاح البرامج العلاجية مع المرضى المزمنين ومنهم مرضى القصور الكلوي المزمن.

3- ضرورة إدماج المريض منذ البداية في الخطة العلاجية ومشاركته فيها.

4- تنظيم دورات تكوينية لممتهني الصحة حول العوامل النفسية وما لها من تأثير على المرضى المزمنين

5- التكفل النفسي بالمرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن من خلال بناء برامج علاجية مبنية على تنمية الفعالية الذاتية

6- تنظيم دورات تكوينية حول موضوع الانضباط الصحي للمرضى المزمنين.

المراجـــــع

المراجـــــع:

-المراجع العربية :

1) أحمد عبد الخالق (2008)، الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي، مجلة الدراسات النفسية، مجلد18، ع1، بيروت .
2) إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين، دار المعرفة الجامعية ،مصر .
3) أمال بورقبة (2000)، الكلى من الوظيفة إلى الأمل في الحياة، دار النساء، ط1، الجزائر.
4) أمين رويحة (1972)، أمراض الجهاز البولي، الكلى، المثانة، البروستات، دار القلم، ط1، بيروت.
5) دليلة زناد (2008) ، سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية و المعرفية و السلوكية لدى مرضى العجز الكلوي الخاضعين لتصفية الدم ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة بوزريعة ، الجزائر.
6) رالف شفارتسر (1994)، التفاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان، مجلة الثقافة النفسية، ع38، المجلد 10، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
7) رياض جودت (2000)، الجراحة البولية والجراحة التناسلية عند الذكور، مطبعة جامعة حلب، سوريا.
8) زهير الكرمي (1988)، الأطلس العلمي، فيزيولوجيا الإنسان، دار الكتاب اللبناني، بيروت .
9) زوراتي (2002)، تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، (ط1) ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر .
10) سامر جميل رضوان (1975)، توقعات الكفاءة الذاتية "البناء النظري و القياس"، مجلة الشؤون الاجتماعية، ع1.
11) شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة، وسام درويش بريك، و فوزي شاكر طعمية داود، (ط1)، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
12) عادل حلواني وآخرون(2000)، نفسية المصابين بالقصور الكلوي المزمن، المجلة السعودية لأمراض الكلى ع2، السعودية.
13) عبد الرحمن بدوي (1999)، مناهج البحث العلمي، وكالة المطبوعات، الكويت.
14) عبد الفتاح محمد دويدار (1999)، مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر .
15) عبد الكريم فريحات،(2000) ، تشريح جسم الإنسان، دار الشروق، الأردن.

16) عبد المنعم احمد الدريدي (2004)، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، (ط1)، عالم الكتب، القاهرة، مصر
17) عبد المنعم حنفي، الموسوعة النفسية الجنسية، ط1، سوريا، مكتبة مدبولي .
18) عبيدات وآخرون (1999)، منهجية البحث العلمي (ط2)، دار وائل للنـــشر، عمـــان، الأردن.
19) عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة (الأسس النفسية و السلوكية للصحة)، (ط1)، دار الثقافة، الدوحة ، قطر.
20) عصام الحمصي، الموسوعة الطبية الموجزة، دار الرشيد، دمشق.
21) علاء محمود الشعراوي (2000)، فاعلية الذات وعلاقتها ببعض متغيرات الدافعية لدى طلاب الثانوية، مجلة كلية التربية، ع44، المنصورة.
22) غالب بن محمد علي (2008) ، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف.
23) فتحي محمد الزيات (2000)،علم النفس المعرفي، ج1، (ط1) ، دار النشر للجامعات، مصر.
24) فتحي محمد الزيات (2001) ،علم النفس المعرفي، ج2، (ط1)، دار النشر للجامعات، مصر.
25) فيصل عباس (1983)، إشكالية المعالجة النفسية، (ط1)، دار الميسر، بيروت، لبنان.
26) كريستون طومسون، معالجة الأمراض الباطنية، ترجمة طليح بور وآخرون، مطبعـــة الجد، السعودية.
27) محمد أبو هاشم حسن (2003)، مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الـــذات فـــي ضوء نظرية باندورا، مجلة كلية التربية، ع25، الزقازيق، مصر.
28) محمد صبور(1989).أمراض الكلى وزرع الأعضاء، دار القلم، بيروت، ط1، لبنان.
29) محمد علي البار، الفشل الكلوي، أسبابها وطريقة الوقاية منها وعلاجهـــا، دار القلـــم، بيروت.
30) محمد هاشم وآخرون (1989) ، أمراض الكلية، كتاب أمراض الكلية الموحـــد، ج 5، دمشق.
31) مفتاح محمد عبد العزيز (2010)، مقدمة في علم نفـــس الـــصحة، (ط1)، دار وائـــل للنشر، عمان، الأردن.
32) يوسف قطامي (2004)، النظرية المعرفية الاجتماعية، دار الفكر، الأردن.

المراجع الأجنبية:

33. Alain meyrier et all, (1994) maladies rénales de l'adulte, Berti Paris. 2eme edition,
34. Bauer،C،et Tessier ،S. (2001) Observance thérapeutique chez les personnes âgées : Synthèse documentaire . Paris.
35. Bernard sergery,(1994), l'insuffisance rénale, maloine, . Paris. 4eme edition.
36. Claude Naudin, (1995) , Larousse médicale,. liberire Larousse, Paris.
37. De blic . J (2007) .observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. Recommandations pour la pratique clinique .revue générale . édition Elsevier. Masson .Paris.
38. Drouin . D (2004) .l'observance un facteur de risque méconnu . Direction de santé. Québec .
39. Fisher .G.N (2002) traité de psychologie de santé .Edition Dunod .Paris .
40. Gallimard, (1988) , encyclopédie visuelle du corps humain, Italy terento.
41. Gauchet .A (2008) . observance thérapeutique et VIH . Enquête sur les facteurs biologiques .et psychosociaux. Edition l'harmattan. Paris.
42. Gormie et karoubi. L .(2007) .Dictionnaire la rousse maxipoche .Editions la rousse .Paris .
43. Haynes .R.B (1979) .Introduction to comliance in health care .Ballimore . John Hop-Kins University Pess .
44. Jean et all (2002)., indication et préparation au traitement de suppléance
45. La rousse (2004) . la rousse de la santé . Editions la rousse .Paris .
46. Moyle.G.(1997) .Les facteurs de compliance . trouvé le 17 novembre 2007 .dans http .www .actions-traitements.org
47. P. Jungers, et all,(2003). l'hémodialyse de suppléance, flamation médecine, Paris.
48. Pautil c et Cécile (2002), épidémiologie et étiologie d'insuffisance rénale, revie de praticien, tom 51.
49. Reach .G (2006). Clinique de L'observance. L'exemple des diabètes .Edition Evrotext. Paris .
50. Sidy mohamed seck et all. (2008) ،Observance thérapeutique chez les patients non dialysés atteints de pathologies rénales chroniques en Afrique de sud . Néphrologie and thérapeutique .
51.The New Oxford Dictionary of English (NODE) 1998.J Persall.Ed.Clarendon Press.Oxford.
52[1]world Health Organization, Adherence to long-term therapies: evidence for action, World Health Organization, Switzerland,2003, 2003,P108.
53. Y.Bezie et all .(2006). Therapeutic compliance :Aprosopective analysis of varions factors invoved in the Adherance rate in type 2 daibetes .

الملاحـــــق

الملحق الأول :

استبيان توقعات الفعالية الذاتية العامة

إعداد: رالف شفارتسر Ralf Schwarzer

ترجمة : سامر جميل رضوان

السن :................................... الجنس :....................................

العمل: (إذا كنت تعمل) ....

تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها وهي: لا، نادرا، غالبا، دائما.

ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة.

أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة. ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

دائما	غالبا	نادرا	لا	العبارات	
				عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فإني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.	01
				إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.	02
				من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي.	03
				أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.	04
				اعتقد بأني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي.	05
				أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية.	06
				مهما يحدث فإني أستطيع التعامل مع ذلك.	07
				أجد حلا لكل مشكلة تواجهني.	08
				إذا ما واجهني أمر جديد فإني أعرف كيفية التعامل معه.	09
				أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.	10

الملحق الثاني:

استبيان الانضباط الصحي

تصميم الطالب : رزقي رشيـــــد
جامعة الحاج لخصر- باتنة – الجزائــــــر-
قــــسم علم النفــــس
السنــــــة الجامــــعية /2011/2010

تعـــليمة الاســـتبيان

في إطار القيام بدراسة ميدانية حول فعالية الذات والانضباط الصحي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، كما نرجو منك أن تجيب على كل العبارات وذلك بوضع علامة (X) داخل الخانة المناسبة.

وفي الأخير تأكد أن المعلومات التي ستدلي بها ستوظف لأغراض علمية بحته وتحظى بقدر عال من السرية والائتمان.

الاسم (اختياري) :...............................
الســــــن :...............................
الجنس : ذكر (.........) أنثى (.........)
مدة المرض:.......................................

الرقم	العبـــــــــــــــارات	دائما	أحيانا	نادرا
1	أداوم على حصص تصفية الدم "الغسيل الكلوي" باستمرار			
2	أعلم بأنني بحاجة إلى حمية غذائية خاصة			
3	أدرك ضرورة إنقاص السوائل وأمتثل لذلك جيدا			
4	أتناول دوائي في الوقت المحدد			
5	أداوم على الفحوصات الطبية الدورية بانتظام			
6	أعلم أن مرضي يتطلب مني نشاطا بدنيا ضعيفا لهذا لا أجهد نفسي كثيرا			
7	ألتزم بحصص تصفية الدم رغم أنها تتعبني كثيرا			
8	ألتزم بالكمية المحددة من الفواكه مثل: الموز، التفاح، التمر.. التي حددها لي الطبيب			
9	أتقيد بشرب الكمية المحددة من السوائل (الماء والمشروبات)			
10	أتقيد بجرعات دوائي كما حددها لي الطبيب.			
11	أقوم بالفحوصات الطبية المتخصصة الأخرى إذا ما طلب مني ذلك طبيبي المعالج			
12	أتجنب الأعمال التي تتطلب مجهودا عضليا كبيرا			
13	أكمل حصص تصفية الدم رغم وقتها الطويل.			
14	عندما أكون على مائدة الطعام أتقيد بحميتي الغذائية الخاصة			
15	رغم الحرارة العالية في الصيف لا أتجاوز الكمية المحددة من الماء وباقي السوائل			
16	أتذكر تناول دوائي.			
17	أجري جميع التحاليل الطبية أو أي فحص بالأشعة يطلبه مني الطبيب المعالج			
18	أنظم نشاطي البدني حتى لا تحدث لي مضاعفات نتيجة ذلك			
19	أحرص على مواعيد حصص تصفية الدم			
20	أمتثل لنظام حمية خاص			
21	أتجنب أكل العنب والبطيخ في الصيف لاحتوائهما كمية كبيرة من الماء			
22	آخذ أدويتي معي عند غيابي عن المنزل			
23	عند شعوري بأن حالتي الصحية غير طبيعية أستشير طبيبي المعالج			
24	للضرورة الصحية أسير نصف ساعة يوميا			
25	أحرص على تجديد وثائق بطاقة الشفاء لضمان حصولي على الأدوية في وقتها			
26	في المناسبات والأعياد أتناول الأطعمة التي تناسب حالتي الصحية			
27	أحاول دائما الإنقاص من السوائل خاصة في نهاية الأسبوع			
28	أشتري أدويتي باستمرار في الوقت المحدد			
29	لا أتناول الأدوية دون وصفة طبية			
30	لا أمارس الأنشطة الرياضية المتعبة			